

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
der Universität Tübingen

**Die „Meldepflicht für behinderte Kinder“ im Spiegel
des Deutschen Ärzteblatts von 1951 bis 1982**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Kämmerzell geb. Schreier, Katrin Elisabeth

2017

Dekan:	Professor Dr. I. B. Autenrieth
1. Berichterstatter:	Professor Dr. Dr. U. Wiesing
2. Berichterstatter:	Professor Dr. H. Abele
Tag der Disputation:	07.02.2017

Für Jakob

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Forschungsstand, Material und Methodik	14
3	Quantitativer Verlauf der Debatte um eine Meldepflicht und gesetzliche Veränderungen.....	24
4	Der Diskurs um eine gesetzliche Meldepflicht für behinderte Kinder im gesellschaftlichen und politischen Wandel.....	29
4.1	Notwendige Früherkennung von Behinderungen durch eine Meldepflicht oder „Verrat an der westlichen Demokratie“? (1951 bis 1963).....	29
4.2	Der Planungsgedanke in der Rehabilitationspolitik und die Bemühungen der Ärzteschaft um Kompromisse zur Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient (1963 bis 1970).....	49
4.3	„Meldepflicht durch die Hintertür?“ - Das Scheitern des Meldebogens und Durchbrüche in der Bedarfsplanung (1970 bis 1982)	77
5	Fazit.....	98
6	Zusammenfassung.....	106
7	Literaturverzeichnis	108
8	Erklärung zum Eigenanteil	116
Anhang 1:	Überblick über die gesetzliche Entwicklung der Meldepflicht für behinderte Kinder	117
Anhang 2:	Tabellarische Übersicht der bearbeiteten Artikel in den <i>Ärztlichen Mitteilungen</i> bzw. im <i>Deutschen Ärzteblatt</i> von 1951 bis 1982 in chronologischer Reihenfolge.....	119
Danksagung	131

Abkürzungsverzeichnis

ÄM	Ärztliche Mitteilungen (Abkürzung des Verlags)
APuZ	Aus Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“)
Arztl Mitt	Ärztliche Mitteilungen (offizielle Abkürzung)
BArch	Bundesarchiv
BDA	Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Bayrische Christlich-Soziale Union
DÄ	Deutsches Ärzteblatt (als Autorenangabe, Abkürzung des Verlags)
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DP	Deutsche Partei
Dtsch Artzebl	Deutsches Ärzteblatt (offizielle Abkürzung)
FDP	Freie Demokratische Partei
FIMITIC	Fédération Internationale des Mutilés, des Invalides du Travail et des Invalides Civil; Internationaler Verband körperbehinderter Menschen (früher: Weltverband der Behinderten)
GB/BHE	Gesamtdeutscher Block/Bund der Heimatvertriebenen und Entrechteten
KBG	Körperbehindertengesetz
NS	Nationalsozialismus / nationalsozialistisch
O.A.	Ohne Autor
RehaAnglG	Rehaangleichungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschland

1 Einleitung

Ist eine gesetzliche Meldepflicht für Menschen mit einer Behinderung¹ notwendig? Und wäre sie überhaupt vertretbar? Diese bei genauerer Betrachtung sehr weitreichenden Fragen wurden vor etwa 60 Jahren in Deutschland hitzig und kontrovers diskutiert und führten zu einer über Jahrzehnte anhaltenden Debatte.

Während Stimmen aus der Ärzteschaft² die Folgen einer Meldepflicht fürchteten, erachteten deren Befürworter sie als Notwendigkeit. So war im *Deutschen Ärzteblatt* von einem Gegner der Meldepflicht 1966 zu lesen:

„Daß es das Ziel aller Beteiligten [...] bleiben muß, wenn möglich alle körperlich und geistig Behinderten einer Behandlung zuzuführen, ist selbstverständlich. Der Weg hierzu sollte aber nicht über Zwangsmaßnahmen führen. Vielmehr gilt es, [...] von der Notwendigkeit einer Behandlung zu überzeugen. [...] Die angestrebte totale Meldepflicht ist aber nicht nur unnötig, sondern wäre auch ein schwerer Eingriff sowohl in die Persönlichkeitssphäre des Leidenden wie auch in das Elternrecht. [...] Ärztliche Meldepflicht in diesem Bereich bedeutet, den Respekt vor der Freiheit und Unverletzlichkeit des Einzelnen aufzugeben.“³

¹ Der Begriff „Behinderung“ selbst unterlag im Untersuchungszeitraum dieser Studie einem sozio-kulturellen Wandel, der von der Wahrnehmung dieser „Andersheiten“ und der gesellschaftlichen Reaktion auf diese Wahrnehmung geprägt war. In den für die vorliegende Arbeit verwendeten Quellen findet sich vor allem die Sichtweise des medizinischen Modells von Behinderung, in dem Krankheit und Behinderung als ein Defizit des Körpers wahrgenommen wurde, das den betroffenen Menschen in seiner gesellschaftlichen Teilhabe einschränkte. Begriffe wie „der Behinderte“ oder „das behinderte Kind“ zeigen, dass dieses eine Merkmal damit auf den ganzen Menschen übertragen wurde (vgl. Bösl 2009, S. 20). Um sich davon abzugrenzen wird in dieser Arbeit der von der Disability History geprägte Begriff „Menschen bzw. Kinder mit Behinderung“ gebraucht. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Quellenbegriffe wie „behindertes Kind“ oder „körperbehinderte Menschen“ ohne Anführungszeichen verwendet, wenn sie sich auf die damalige Wahrnehmung beziehen. Wertende (Kampf-)begriffe wie „Krüppel“ oder „Unproduktive“ werden in Anführungszeichen verwendet.

² Wenn im Folgenden der Einfachheit halber von „die Ärzteschaft“, „dem ärztlichen Stand“ etc. die Rede ist, so betrifft das einen bedeutenden Teil dieser Berufsgruppe, schließt jedoch Gegenstimmen, von denen manche auch im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert wurden, keineswegs aus.

³ O.A. 1966, Dtsch Ärztebl, Heft 3, S. 126.

Für ihre ablehnende Haltung gegenüber einer „Meldepflicht für behinderte Kinder“⁴ wurden Ärzte jedoch in der Öffentlichkeit hart kritisiert:

„Gegen eine ärztliche Meldepflicht [...] stemmen sich die Mediziner: Sie wollen nicht als „Aufpasser und Büttel des Staates“ („Deutsches Ärzteblatt“) fungieren. Solche emotionalen Schlagworte, die mit Hinweisen auf die ärztliche Schweigepflicht und das Berufsgeheimnis abgestützt werden, wirken armselig angesichts des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit, das gerade die Ärzteschaft dem hilflosen und womöglich gefährdeten Säugling bieten müsste.“⁵

Die vorliegende Arbeit analysiert diesen Diskurs um die Meldepflicht aus der Perspektive der Profession der Ärzte und bettet ihn in den zeithistorischen Kontext ein. Diese Herangehensweise soll klären, wann und warum der innerärztliche Diskurs stattfand, welche Anliegen viele Ärzte in der Debatte verfolgten und wodurch ihr Handeln motiviert war. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei darauf, welchen (politischen) Einfluss die Ärzteschaft durch ihre Bemühungen hatte. Die *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. der Nachfolger *Deutsches Ärzteblatt* als „Sprachrohr der Ärzteschaft“ weisen in einigen Beiträgen auf die Auseinandersetzungen hin und vertreten dabei hauptsächlich die Meinung der gewählten Mitglieder der Bundesärztekammer und damit eines Großteils des damaligen ärztlichen Standes – aber nicht aller Ärzte. Da eine solche Analyse des Diskurses noch nicht vorliegt, möchte diese Arbeit einen Forschungsbeitrag auf diesem Gebiet leisten.

Um die Gründe für die Forderung einer Meldepflicht nachvollziehen zu können, ist es hilfreich, die damalige Situation von Menschen mit Behinderung zu beleuchten. Zu Beginn der 1950er Jahre wurden viele Behinderungen erst sehr spät oder gar nicht erkannt und damit Therapiemöglichkeiten oder sogar Heilungschancen verpasst. Des Öfteren waren Ärzte gar nicht ausreichend spezialisiert und konnten nicht die richtige Diagnose stellen oder nicht weitergehend beraten. So war in einem Artikel aus der Zeitung *Die Zeit* 1971 von einer Mutter zu lesen, deren erstes Kind an der seltenen Stoffwechselstörung

⁴ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird der damalige Sprachgebrauch im Weiteren nicht mehr in Anführungszeichen gesetzt.

⁵ O.A. 1971: Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören. In: *Der Spiegel*, Nr. 13, S. 57.

Phenylketonurie gestorben war, welche – bei Geburt erkannt – durch Einhaltung einer speziellen Diät weder zu Gehirnschäden noch zum Tode hätte führen müssen. Auch ihr viertes Kind litt an derselben Krankheit, die jedoch erst im Alter von über zwei Jahren diagnostiziert wurde und bis dahin schon zu einer geistigen Behinderung bei ihrem Sohn geführt hatte, bis er endlich die richtige Diät bekam. Bis zum vierten Lebensjahr lernte ihr Sohn dann Laufen und sogar Sprechen, jedoch klärte niemand die Mutter über die dramatischen Folgen der Erkrankung auf. Eine geeignete Sonderschule gab es nicht, so wurde ihr Sohn zuerst von der Einschulung zurückgestellt um dann mit acht Jahren endlich in einer neu eröffneten Tagesschule unterzukommen. „Die Mutter zeigte sich ergeben in das Schicksal ihres geistig behinderten Kindes, obwohl ein solches Schicksal 1960 schon abwendbar gewesen wäre. Sie sagte nur: ‚Man fühlt sich als Mutter allein. Beraten wird man überhaupt nicht.‘“⁶

Die späte Erkennung mancher Behinderungen hatte aber auch damit zu tun, dass Eltern ihre Kinder mit Behinderung aus Scham versteckten und gar keinem Arzt vorstellten, da die gesellschaftliche Meinung über Behinderung negativ geprägt war. Dies stand auch noch im Zusammenhang mit der NS-Ideologie, die „behindertes Leben“ als „unwertes Leben“ degradierte und in Teilen der Bevölkerung immer noch verwurzelt war. Insgesamt war die Wahrnehmung einer Behinderung defizitorientiert. Dieses vorherrschende Bild führte zu Bemühungen, das vermeintliche Defizit, wie fehlende Glieder oder Fähigkeiten, der „Normalität“ anzugleichen.⁷ Fortschritte in Medizin und Technik (v.a. Prothesentechnik) versprachen unter dieser Vorstellung gute Behandlungserfolge und teilweise die Möglichkeit, die Behinderungen durch frühzeitige Behandlung zu verhindern, zum Beispiel im Falle von Hüftluxationen. Vor allem Orthopäden waren bestrebt, moderne Methoden zu etablieren, sie sahen aber auch besonders häufig verpasste Behandlungschancen. Befürworter der Meldepflicht sahen in ihr die

⁶ ZIMMER 1971: Wer hilft dem behinderten Kind? – Es fehlt nicht nur an Geld. In: DIE ZEIT, Nr.22, 28. Mai, S. 57.

⁷ Vgl. BöSL 2009, S. 14.

Möglichkeit, Früherkennung sowie frühzeitige Therapie und Versorgung mit Hilfsmitteln zu verbessern und so einige Behinderungen zu vermeiden oder zumindest zu einem möglichst selbstständigen (Arbeits-)Leben zu verhelfen.

Auch spielte der Kosten-Nutzen-Gedanke in Gesellschaft und Politik eine große Rolle. Eine Anstaltsunterbringung war sehr teuer, dagegen konnten viele körperbehinderte Menschen durch Rehabilitationsmaßnahmen zumindest ihren eigenen Lebensunterhalt bestreiten. Das glied sie weiter an die Gesellschaft an, in der Erwerbsfähigkeit groß geschrieben wurde, und sie wurden nebenbei zu erwünschten Steuerzahlern. Die Argumentation dieses fragwürdigen Gedankens wurde dabei jedoch in Fachpublikationen gerne humanitär begründet: Man wolle möglichst allen Menschen mit Behinderung durch Rehabilitationsmaßnahmen maximale Wiederherstellung und gleichsam Lebenssinn durch Berufstätigkeit ermöglichen.⁸

Ein weiteres grundlegendes Problem war der fast überall vorherrschende Mangel an geeigneten Sondereinrichtungen zur Förderung von Kindern mit Behinderung. Beispielsweise gab es in Deutschland selbst zu Beginn der 1970er Jahre nur in wenigen Regionen überhaupt Sondereinrichtungen und wo es sie gab, reichten die Plätze meist nicht aus.⁹ Gesetzlich bestand zwar eine Schulpflicht auch für Kinder mit Behinderung, gab es aber keine geeignete Einrichtung, hatten sie auch keinen Anspruch darauf¹⁰ und die Familien wurden mit der Betreuung und Bildung ihrer Kinder alleine gelassen. Insgesamt kannte man lange nicht einmal den Bedarf an Institutionen, da die genaue Anzahl an Kindern mit Behinderung nicht bekannt war.¹¹ Dem sollte durch eine gesetzliche Meldepflicht für behinderte Kinder und der dadurch erhaltenen Planungsgrundlage Abhilfe geschaffen werden. Auch einige betroffene Eltern erhofften sich von einer

⁸ Vgl. BöSL 2009, S. 68.

⁹ Vgl. JANSEN 1977, S. 42.

¹⁰ Vgl. O.A. 1971: „Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören“. In: Der Spiegel, Nr. 13, S. 60.

¹¹ Vgl. ZIMMER 1971: Wer hilft dem behinderten Kind? – Es fehlt nicht nur an Geld. In: DIE ZEIT, Nr.22, 28. Mai, S. 57.

Meldepflicht eine frühzeitige und adäquate Behandlung sowie eine bessere Fürsorge durch den Staat für ihr Kind.

Es gab also zu Beginn der 1950er Jahre viele Missstände in der Versorgung von Menschen mit Behinderung. Jeder Beteiligte betrachtete das Problem aus seiner Perspektive. So sahen Ärzte vor allem verpasste Behandlungschancen, Pädagogen wussten nicht, in welchen Bildungseinrichtungen betroffene Kinder untergebracht werden sollten. Familien von Kindern mit Behinderung fürchteten die Stigmatisierung und forderten bessere Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten für ihre Kinder. Der Sozialstaat musste einerseits eine gute Versorgung sichern, andererseits auch auf Wirtschaftlichkeit achten. Gelder mussten dort für die Früherkennung eingesetzt werden, wo sie teure Folgekosten verhinderten, sonderpädagogische Einrichtungen den Bedarf decken, aber nicht leer stehen. Einige Personen aus den Bereichen Politik, Medizin, Pädagogik sowie betroffene Eltern forderten als Grundvoraussetzung für nachhaltige Fortschritte in der Fürsorge für Menschen mit Behinderung Strategien zur effektiven Früherkennung und Ermöglichung einer notwendigen Behandlung. Durch eine ärztliche Meldepflicht für behinderte Kinder sollten diese erkannt und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden. Demgegenüber hatte ein Großteil der Ärzteschaft erhebliche Einwände. So sehr Ärzte die Früherkennung und bestmögliche Ausschöpfung von Behandlungsmöglichkeiten begrüßten, so wichtig war ihnen auch, damit nicht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als Grundlage für den Behandlungserfolg zu gefährden.

In den *Ärztlichen Mitteilungen* findet sich 1951 die erste Meldung über die politische Forderung nach einer Meldepflicht für behinderte Kinder.¹² Die verpflichtende Meldung von Menschen mit Behinderung war allerdings nichts gänzlich Neues. Schon zuvor hatte es verschiedene Meldepflichten gegeben, die unterschiedlichen und zeitweise höchst gegensätzlichen Motiven entsprungen waren. Diese reichten von dem Bestreben, soziale Sicherung auch jedem Berechtigten zukommen zu lassen bis hin zur Motivation des NS-Regimes, durch

¹² Vgl. o.A. 1951, *Arztl Mitt*, Heft 13, S. 188.

Meldepflichten alle Menschen mit Behinderung vollständig auszurotten. Zwischen diesen beiden Extremen lag das Anliegen der Prävention, der gesellschaftlichen Teilhabe, aber auch der Wirtschaftlichkeit.

Die Debatte war demnach eine alte. Bereits die Zeit der Aufklärung hatte dazu beigetragen, dass man die Behindertenpolitik nach dieser Epoche unter dem Aspekt verstand, „die Dinge in dieser Welt nicht nur zu verbessern, sondern sie auch jedem zugänglich zu machen[...]“¹³. Behinderung war nicht mehr nur gottgegebenes Schicksal, sondern schien durch Erforschung der Wurzel immer mehr veränderbar, vielleicht sogar heilbar.¹⁴ Im 18. Jahrhundert begannen Ärzte sich damit zu beschäftigen, wie der physische Zustand von Menschen mit Behinderung gebessert, verhütet oder sogar geheilt werden könnte.¹⁵ Die Orthopädie entwickelte sich aus diesem neuen Zugang heraus mit ihren guten chirurgischen Resultaten zum Goldstandard der Behindertenfürsorge.¹⁶ Im 19. Jahrhundert erkannte man die Wichtigkeit der Zusammenfassung der verschiedenen Teilbereiche moderner Rehabilitation: „medizinische Behandlung, Erziehung, Unterricht, Berufsausbildung, Beschäftigung, Siechenbetreuung, offene (ambulante) und Heimfürsorge“¹⁷. Das klare Ziel dieser Rehabilitationsbemühungen war die „Erwerbsbefähigung“. Einerseits aufgrund der Auffassung, ein Mensch mit Behinderung könne seinen Wert durch Arbeit erlangen, andererseits auch als geforderte Gegenleistung zum Empfang von Almosen.¹⁸ Der Orthopäde Konrad Biesalski versuchte mit volkswirtschaftlichen Überlegungen und seiner ersten „Krüppelzählung“ im Jahre 1906 das Interesse der Politik auf die Rehabilitation zu lenken. Eine gesetzliche Grundlage zur Erfassung von Menschen mit Behinderung existierte damals nicht. Die Zählung deckte unter anderem auf, dass 10,6% der Kinder mit Körperbehinderung und 86,4% der Kinder mit geistiger Behinderung keinen Schulunterricht bekamen.¹⁹ Es resultierte eine Petition an den Reichskanzler Bernhard von Bülow mit dem

¹³ SEIDLER 1988, S. 8.

¹⁴ Vgl. ebd.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 9.

¹⁶ Vgl. ebd., S. 11.

¹⁷ Ebd., S. 12.

¹⁸ Vgl. ebd., S. 13.

¹⁹ Vgl. ebd., S. 14.

Hinweis, die Armenpflege könne durch Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderung entlastet werden.²⁰ Im Mittelpunkt der Bemühungen Biesalskis stand die Auffassung: „Der Krüppel soll zu einem Steuerzahler werden.“²¹ Er plädierte für ein Ineinandergreifen von medizinischer Behandlung, Erziehung, Pädagogik, Berufsberatung und -ausbildung, um eine erfolgreiche Rehabilitation zu gewährleisten und war damit „ein Pionier der modernen Behindertenfürsorge“²². Der Erste Weltkrieg erhöhte durch die große Zahl an sogenannten Kriegsbeschädigten die Gruppe der Bedürftigen, was politisch auch die Fürsorge-Rechtsgrundlagen für alle Menschen mit Körperbehinderung beeinflusste.²³ So kam es am 6. Mai 1920 zum Erlass des Preußischen Gesetzes betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge.²⁴ Dieses Gesetz regelte die öffentliche Fürsorge für minderjährige „Krüppel“ und die mit ihm eingeführte Meldepflicht sollte sicherstellen, dass die Fürsorge auch allen Betroffenen zugeführt werden konnte. Behindertenpolitik wurde als Sozialleistungspolitik betrieben.²⁵ Jedoch erfasste die Weltwirtschaftskrise Ende der 1920er Jahre auch Deutschland und zwang zu Einsparungen: Die Bemühungen konzentrierten sich auf diejenigen Betroffenen mit guten Heilungschancen, und ein großer Teil der Bedürftigen wurde damit aus der Fürsorge ausgeschlossen.²⁶

Auch die Wahrnehmung von Behinderung veränderte sich nach 1920 durch eine verstärkt psychologische Betrachtung und Vermischung mit dem Sozialdarwinismus. Menschen mit Behinderung wurden Vorurteile entgegengebracht und ihnen pseudowissenschaftlich eine „seelische Not“ attestiert, welche sich angeblich unter anderem in „Misstrauen“, „Neid“, „Starrheit“, „krankhafter Lüsternheit“ und „phantastischem Größenwahn“ zeige.²⁷ Daraufhin hatte die nationalsozialistische Diktatur fruchtbaren Boden für die Umsetzung ihrer rassenhygienischen Pläne. Im Nationalsozialismus wurden die Gesetze der

²⁰ Vgl. THOMANN 2012, S. 2.

²¹ BIESALSKI 1909, S. 13.

²² SEIDLER 1988, S. 11.

²³ Vgl. THOMANN 2012, S. 2.

²⁴ Vgl. SCHLOSSMANN 1920.

²⁵ Vgl. BÖSL 2009, S. 18.

²⁶ Vgl. THOMANN 2012, S. 3.

²⁷ Vgl. BÖSL 2009, S. 15f.

Fürsorge zwar offiziell nicht verändert, aber die Praxis sah ganz anders aus.²⁸ Das NS-Regime setzte die schon länger geforderte Verminderung der Ausgaben für sog. „Unproduktive“ zugunsten der „Erbgesunden“ und „Leistungsfähigen“ um, was schließlich in der systematischen Ermordung von Menschen mit Behinderung endete.²⁹ Datengrundlage für diesen grausamen Massenmord war die Volkszählung von 1925, in der eine „Gebrechlichenzählung“ durchgeführt worden war³⁰. Für die sogenannte „Aktion T4“, durch die schätzungsweise 70.000 Menschen mit Behinderung ermordet wurden, war ein eigenes System auf Basis von Meldebögen entworfen worden. Die Erfassung war laut Runderlass des Reichsministers des Innern vom 9. Oktober 1939 „im Hinblick auf die Notwendigkeit planwirtschaftlicher Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten“ legitim und tarnte so gegenüber dem Anstaltspersonal die wahren Beweggründe.³¹ Körperbehinderte, die mit relativ geringem Aufwand arbeitsfähig gemacht und in der Produktion eingesetzt werden konnten, hatten im Zuge der Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials teilweise eine Sonderstellung.³² Das Missbrauchspotential einer „Krüppelliste“ blieb noch Jahrzehnte danach ein immer wieder vorgebrachtes Argument gegen eine Meldepflicht für behinderte Kinder.

Nach dem Zweiten Weltkrieg beendeten die Alliierten zwar das nationalsozialistische System, jedoch führte das nicht automatisch zu einem Umdenken der gesamten Bevölkerung. Die Ärzteschaft begegnete den Kollektivschuld-Vorwürfen aus dem Ausland mit einer ablehnenden Haltung. Das Stigma der nationalsozialistischen Verbrechen lastete noch schwer auf den Ärzten und es galt, das Vertrauen der Patienten in den ärztlichen Stand wiederzugewinnen. Die in der NS-Zeit begangenen Gräueltaten wurden Einzelpersonen zugeschrieben und eine Auseinandersetzung mit dem Ausmaß der medizinischen Verbrechen

²⁸ Vgl. SEIDLER 1988, S. 17.

²⁹ Von 1933 bis 1945 wurden innerhalb des Deutschen Reiches mindestens 196 000 Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen ermordet. Vgl. JÜTTE 2011, S. 214.

³⁰ Vgl. ALBRECHT 1927: Die Gebrechlichkeit in Deutschland auf Grund erster Ergebnisse der Reichsgebrechlichenzählung von 1925. In: Dtsch Med Wochenschr, Heft 43, S. 1829-1830; BÖSL 2009, S. 251.

³¹ Vgl. GODAU-SCHÜTTKE 2010, S. 38.

³² Vgl. THOMANN 2012, S. 3.

fand erst viel später statt. Mit der Dokumentation der Nürnberger Prozesse 1946/47 durch den Arzt Alexander Mitscherlich und seinen Studenten Fred Mielke, gab es eine öffentliche Aufdeckung der Gräueltaten, die jedoch unter Ärzten wenig Beachtung fand.³³ Abgesehen von einzelnen Bemühungen in den 1960er Jahren ist eine ernsthafte Beschäftigung mit der Vergangenheit erst ab 1979 zu verzeichnen, als Posten aus der Nachkriegsära an die nächste Generation abgegeben wurden, die sich dem Thema unbelasteter stellen konnte.³⁴

Das Nützlichkeitsdenken und die Wichtigkeit der Erwerbsfähigkeit, die sich schon zu Beginn des Jahrhunderts ausgebildet hatten, waren durch die Herrschaft der Nationalsozialisten verschärft worden. An diese Entwicklungen knüpfte auch die Behindertenpolitik nach 1945 wieder an, wenn auch jetzt unter der Prämisse der Demokratie und Rechtsstaatlichkeit.³⁵ Allerdings fand eine Umdeutung statt. An die Stelle der Ausrottung „unwerter“ Menschen traten zuweilen Mitleid und das Bestreben, sie an die gesellschaftliche „Norm“ anzugleichen. Durch Rehabilitation sah man die Möglichkeit, „eine große Anzahl von unglücklichen Menschen glücklich zu machen“³⁶, sie „in das Leben hineinzustellen, wie es nach den heutigen Erkenntnissen moderner Wissenschaft und Technik überhaupt möglich ist.“³⁷ Hier verband sich die neue Auffassung von Behinderung im Fortschrittsoptimismus mit den modernen Erkenntnissen der Humanmedizin, allen voran die Operations- und Prothesentechnik sowie der Sonderpädagogik. Diese erhöhten die Erfolgchancen der Integration auf dem Arbeitsmarkt massiv und sollten nun auch umfassend ausgeschöpft werden. Dies konnte jedoch nur geschehen, wenn eine Behinderung rechtzeitig erkannt wurde. So wurde die Früherkennung zur Hauptforderung für die Verbesserung der Rehabilitation in den 1950er Jahren.

³³ Vgl. GERST 1994, Dtsch Arztebl, Heft 22/23, S. A-1606.

³⁴ Vgl. BECK 1992, S. V.

³⁵ Vgl. BÖSL 2009, S. 18f.

³⁶ KÖNEN 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9833.

³⁷ Ebd., S.9837.

Die 1951 eingebrachte Forderung nach einem bundeseinheitlichen „Krüppel-fürsorgegesetz“ mit einer Meldepflicht fiel also in eine Zeit, in der es vielen Mediziner*innen wichtig war, Behinderung nach modernen Möglichkeiten zu „therapieren“. Gleichwohl waren sie sehr darauf bedacht, dass dies auf freiwilliger Basis geschah, und zwar im Rahmen eines vertrauensvollen Verhältnisses zu ihren Patienten. Die Meldepflicht für behinderte Kinder hatte, wie oben dargestellt, ihre Wurzeln in der Weimarer Republik und war somit kein Novum. Allerdings wurde sie nun in einem ganz neuen Kontext diskutiert. Das vorgeschlagene Gesetz verlangte eine Meldung von allen – auch Erwachsenen – in der Bundesrepublik lebenden „Krüppel“ mit dem Ziel, Behinderungen durch Früherkennung und baldige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden oder sogar zu heilen.³⁸ Der Diskurs um die Meldepflicht für Behinderte nahm seinen Anfang. Die geforderten Bestimmungen berührten diverse Professionen wie Mediziner*innen und Pädagogen, Menschen mit Behinderung selbst sowie ihre Familien, aber auch den einzelnen Bürger als Teil des Sozialstaats. Aus der jeweiligen Perspektive betrachtet ergaben sich unterschiedliche Argumentationen. Diese Vielschichtigkeit verlieh der Debatte eine Dynamik über Jahrzehnte hinweg und lässt erahnen, wie konträr die Thematik diskutiert wurde.

Im Verlauf der Diskussion, insbesondere zwischen den frühen 1950er Jahren und den frühen 1970er Jahren, gab es weitreichende Umbrüche in Politik, Gesellschaft und Wissenschaft, die ihrerseits wiederum die Debatte beeinflussten. Zu Beginn der Diskussion um eine Meldepflicht für behinderte Kinder befand sich das Nachkriegsdeutschland in einer Zeit des Wiederaufbaus und der Neuorientierung. Sie war sowohl geprägt von der Rückbesinnung auf Werte und Strukturen der Weimarer Republik als auch der Orientierung an westlichen, demokratischen Vorbildern, insbesondere den USA.³⁹ Die Betonung auf Freiheit und demokratischen Werten sorgte auch dafür, dass eine Meldepflicht als Eingriff in die Persönlichkeitssphäre, in das Elternrecht und die persönliche Freiheit empfunden wurde. Der Höhepunkt der Diskussion Mitte der 1960er Jahre stand im Zusammenhang mit der Liberalisierung, der Befreiung von Halt gebenden

³⁸ Vgl. O.A 1951, *Arztl Mitt*, Heft 13, S.188.

³⁹ HERBERT 2002, S.9.

Regeln und Normen, die in einer Zeit wachsenden Wohlstands allmählich überflüssig erschienen. Diese Prozesse brachten einen rasanten Wandel von Gesellschaft und Kultur mit sich. Befreiung von festen, autoritären Strukturen und Selbstverwirklichung wurden wichtig und insbesondere die junge Generation lehnte sich gegen ihre Vorgesetzten auf. Vieles wurde hinterfragt und zahlreiche Reformen eingefordert, sodass vermehrt neue Gesetze geschaffen wurden. In dieser Phase herrschte politisch ein allgemeines Planungsdenken, welches auch die Bedarfsplanung an Einrichtungen für Menschen mit Behinderung erfasste.⁴⁰ Bis zur Verabschiedung der Zweiten Novelle des Bundessozialhilfegesetzes von 1969 rang die Ärzteschaft um den Kompromiss einer chiffrierten Meldung ohne Namensnennung zur Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient bei gleichzeitiger statistischer Erfassung zur erforderlichen Bedarfsplanung. Gravierende Schwierigkeiten mit der Umsetzung dieser Bestimmungen sorgten lange Jahre für Diskussionsstoff. Immer wieder wurde unter Ärzten, in der öffentlichen Presse und auf politischer Ebene heftig argumentiert und die Schuld häufig der mangelnden Kooperation der Ärzteschaft zugeschoben. Diese wiederum machte Fehler im System für die mangelhafte Situation von Menschen mit Behinderung verantwortlich.

Dennoch vollzog sich langsam ein Wandel in der Behindertenpolitik. Ab 1960 gab es während einer Zeit allgemeinen Wohlstands den Trend, nicht mehr nur das Existenzminimum von Menschen mit Behinderung zu sichern, sondern auch deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern.⁴¹ In den 1970ern formierten sich zunehmend Emanzipationsbewegungen und Selbsthilfegruppen, die konstant darauf aufmerksam machten, dass für Menschen mit Behinderung gravierende Einschränkungen für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bestanden. Sie forderten unter anderem Barrierefreiheit für öffentliche Räume⁴², was auch politisch Gehör fand. Allerdings wurde die Umsetzung baulicher Maßnahmen schon durch die Wirtschaftskrise 1973/74 gedämpft.⁴³ Bisherige

⁴⁰ Vgl. O.A 1963, Arztl Mitt, Heft 2, S. 55.

⁴¹ Vgl. BöSL 2009, S. 162f.

⁴² Vgl. ebd, S. 327.

⁴³ Vgl. ebd., S. 335.

Impulse vergangener Jahre führten zu Beginn der 1980er Jahre allmählich zu einem Umdenken bezüglich „Behinderung“. Die Vorherrschaft des durch Ärzte geprägten individuell-medizinischen Erklärungsmodells von Behinderung, welches die funktionellen Defizite betonte, wurde durchbrochen.⁴⁴ Dies geschah durch den Beitrag der sozialwissenschaftlichen Forschung zum Behinderungsdiskurs, die schrittweise „ein Moment der sozialen Bedingtheit in die Erklärungsmodelle von Behinderung“⁴⁵ einspeiste. Behinderung war nun nicht mehr ein rein körperlicher Zustand, sondern als soziales und kulturelles Konstrukt veränderbar. Im Verlauf der 1970er und 1980er brachten sich Selbsthilfegruppen mit öffentlichkeitswirksamen Aktionen aktiv in das politische Geschehen ein. Zu dieser Zeit, nach 1982, versiegte auch der Diskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder im *Deutschen Ärzteblatt* gänzlich, ohne einen abschließenden Konsens erreicht zu haben.

Der Zeitraum 1951 bis 1982 wurde für diese Studie gewählt, da dieser Zeitraum die Auseinandersetzung um eine Meldepflicht für behinderte Kinder in der Recherche in den *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. im *Deutschen Ärzteblatt* umspannte. Weder davor noch danach ließen sich im Rahmen dieser Arbeit Äußerungen innerhalb dieses Publikationsorgans finden. Ob weitere Diskussionen innerhalb der ärztlichen Profession auf anderen Plattformen stattfanden, ist nicht auszuschließen. Jedoch kann diese Auswahl der Publikationen in der auflagenstärksten Fachzeitschrift deutlich zeigen, wann und in welcher Intensität es innerhalb großer Teile des ärztlichen Standes zu Diskussionen kam.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der Frage, welchen Einfluss die Ärzteschaft auf den Diskurs um eine Meldepflicht und politische Beschlüsse hatte. Im Verlauf sollen folgende weitere Fragestellungen behandelt werden: Lassen sich in der Diskussion über die Meldepflicht für behinderte Kinder im *Deutschen Ärzteblatt* bestimmte Phasen abgrenzen? Welcher Argumentation folgten die Autoren und gab es Veränderungen im zeitlichen Verlauf? Welche

⁴⁴ Vgl. BöSL, Elsbeth 2010: Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland aus Sicht der Disability History. In: APuZ, Nr. 23, 7. Juni, S. 8.

⁴⁵ Vgl. ebd., S. 9.

Ereignisse in Politik und Gesellschaft lassen sich in der innerärztlichen Debatte finden und inwieweit wurden diese zu diskursiven Ereignissen, welche den Diskurs in eine bestimmte Richtung lenkten? Fungierte das *Deutsche Ärzteblatt* gemäß seines Selbstverständnisses als Forum für einen objektiven Meinungsaustausch oder versuchte es, politische Positionen zu beeinflussen? Führt die innerärztliche Auseinandersetzung zu gesetzlichen Veränderungen?

Das *Deutsche Ärzteblatt* ist als medizinische Zeitschrift mit der höchsten Auflage Quelle erster Wahl für diese Studie und ermöglicht Einblicke in die Anliegen und das Engagement der Ärzte. Dieser Blickwinkel fokussiert auf die innerärztliche Selbstdarstellung der Debatte und beschränkt sich damit gleichzeitig auf die Argumente, die für die Ärzteschaft von Interesse waren.

In Kapitel 2 wird der aktuelle Forschungsstand sowie das verwendete Quellenmaterial dargestellt und die Methodik der Analyse beschrieben. Dabei wird die Entstehung des *Deutschen Ärzteblatts* geschildert, das für diese Untersuchung als Quellenkorpus diente. Kapitel 3 gibt einen Überblick über den Verlauf der Diskussion und die gesetzlichen Änderungen bezüglich der Meldepflicht für behinderte Kinder im Zusammenhang mit der Quantität der publizierten Artikel zum Thema. Dabei wird der Verlauf der Diskussion skizziert und in Phasen unterteilt. Es zeigt, wann eine Meldepflicht gesetzlich bestand und verfolgt die relevanten Änderungen zur Meldepflicht in den betreffenden Gesetzen. Erste Thesen für die Gründe dieser Veränderungen werden aufgestellt. In Kapitel 4 wird der Diskurs in den *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. im *Deutschen Ärzteblatt* chronologisch von 1951 bis 1982 nachgezeichnet, wobei die wesentlichen Argumentationslinien vorgestellt werden. Der jeweils erste Teil jedes Unterkapitels umreißt die Kontroverse, wie sie in den *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. im *Deutschen Ärzteblatt*, in Dokumenten des Bundestags und der Presse dargestellt wurde. Anschließend werden die Hauptpunkte jeweils in Bezug zum gesellschaftspolitischen und zeithistorischen Kontext gesetzt und so Erklärungen herausgearbeitet, weshalb sich der Diskurs so abspielte. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Studie zusammengefasst, kritisch diskutiert und Anregungen zur weiterführenden Forschung gegeben.

2 Forschungsstand, Material und Methodik

Der Diskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder berührt eine Fülle von Einzelthemen wie Behinderung und Rehabilitation, aber auch die Vergangenheit deutscher Ärzte im Nationalsozialismus, Sozialrecht und medizinischen Fortschritt. Die einzelnen Bereiche unterlagen im untersuchten Zeitraum nach der Gründung der Bundesrepublik Deutschland bis zum Beginn der 1980er Jahre grundlegenden gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und großen wissenschaftlichen Fortschritten im Bereich Medizin und Pädagogik und waren bzw. sind damit auch Gegenstand sonstiger Forschung.

Über den Themenkomplex des Umgangs mit behinderten Menschen und der Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus ist nach einer langen Phase der Verdrängung insbesondere seit 1980 intensiv geforscht worden, sodass es inzwischen aus dem In- und Ausland eine große Fülle von Arbeiten dazu gibt. Einen Überblick über Veröffentlichungen zum Umgang mit behinderten Menschen während der NS-Herrschaft und ihrer Verarbeitung bietet die thematisch geordnete Zusammenstellung von Christoph Beck „Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung ‚lebensunwerten Lebens‘. Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im ‚Dritten Reich‘ – und heute.“⁴⁶ Eine kommentierte Übersicht über die deutschsprachige Literatur zum Thema Medizin im Nationalsozialismus liefert das 2011 von Robert Jütte, Wolfgang U. Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried Süß herausgegebene Werk „Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung.“⁴⁷ Es zeichnet die Forschungsbemühungen im Bereich NS-Gesundheitspolitik mit Bezug auf die damalige Weltanschauung nach, skizziert Entwicklungen sowohl des Gesundheitswesens als auch der medizinischen Forschung und Praxis in der Zeit vor und während des Zweiten Weltkriegs und zeigt Veränderungen und Kontinuitäten nach 1945 auf. Es erwähnt die 1939 vom Reichsinnenministerium eingeführte Meldepflicht für behinderte Neugeborene

⁴⁶ BECK 1995, eine aktualisierte Auswahlbibliographie findet sich in HÜBENER 2002.

⁴⁷ JÜTTE et al., 2011.

und Kleinkinder⁴⁸, durch die etwa 5.000 bis 10.000 Kinder und Jugendliche erfasst und in sogenannten „Kinderfachabteilungen“ ermordet werden konnten.⁴⁹ Auch einzelne Prozesse zur Verarbeitung der Vergangenheit nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs sind erforscht worden. Mit dem Fokus auf die 1950er Jahre hat Norbert Frei in seiner Veröffentlichung „Vergangenheitspolitik. Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS-Vergangenheit“⁵⁰ gezeigt, wie die Sehnsucht der Bürger nach alltäglicher Normalität zu einer Vergangenheitsverdrängung führte. Mit der Motivation, endgültig einen Schlussstrich unter die NS-Vergangenheit zu ziehen wurde auch politisch z.B. durch Amnestiegesetze der Freispruch zahlreicher NS-Verbrecher gefördert, sofern diese ein Umdenken signalisierten. Einzelne offensichtlich Uneinsichtige wurden hart bestraft. Mit dieser Strategie fühlte man sich von der Schuld und Scham befreit und fähig, eine deutsche Kollektivschuld auch des kleinen Bürgers abzulehnen. So kam es, dass viele Ämter auch nach dem Krieg wieder mit demselben, nun exkulpierten, Personal besetzt wurden, das zuvor zwölf Jahre lang treu dem NS-Regime gedient hatte. Eine tiefgreifende Verarbeitung der Vergangenheit fand so nicht statt. Die Haltung, dass die Vergangenheit damit abgeschlossen ist, findet sich Mitte der 1950er Jahre auch im Diskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder unter Medizinern.

Zum Themenkomplex Rehabilitation im Zeitraum der Erörterungen um eine Meldepflicht empfiehlt sich als Überblick über das ganze Gebiet der Rehabilitationspsychologie das Standardwerk „Handbuch der Rehabilitationspsychologie“⁵¹. Hier werden historische und sozialpolitische Hintergründe sowie die institutionellen und beruflichen Rahmenbedingungen dargestellt, aber auch die individual- und sozialpsychologische Problematik von Behinderung beleuchtet. Näher auf die Organisationsformen der Rehabilitation sowie die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Behinderung im Lauf der Geschichte geht das Buch

⁴⁸ Vgl. JÜTTE et al. 2011, S. 221.

⁴⁹ Vgl. ebd., S. 222.

⁵⁰ FREI 1996.

⁵¹ KOCH et al. (Hrsg.) 1988.

„Sozialwissenschaftliche Aspekte der Rehabilitation. Ein Überblick über empirische Untersuchungen und theoretische Ansätze.“⁵² ein, das im Jahre 1977 von Gerd Jansen herausgegeben wurde und somit noch während des Diskurses um eine Meldepflicht für behinderte Kinder entstand. Jansen berichtet zu dieser Zeit, dass die Wichtigkeit der Frühförderung immer mehr erkannt werde, jedoch eine effektive Förderung aufgrund der mangelhaften Früherkennung kaum möglich sei. Die fehlende Meldepflicht erschwere das Erreichen des Zieles, Kinder mit Behinderung möglichst früh zu erfassen.⁵³ An dem gegliederten System der sozialen Sicherung übt er Kritik: es sei durch die breite Kompetenzverteilung unübersichtlich und fördere Verwirrung und Resignation.⁵⁴ Ebenso kritisiert er die starke Betonung auf berufliche (Wieder-)eingliederung des leistungsorientierten Systems, das oft mit der Selbstverwirklichung der Menschen mit Behinderung kollidiere: „Die krampfhaft betriebene Annäherung des Behinderten an die Normen der Nichtbehinderten führt u.U. genau zum Gegenteil, zur Isolation und zur Unfähigkeit des Behinderten, ein menschenwürdiges Leben zu führen.“⁵⁵ Vom selben Autor liegt eine Analyse der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Behinderung vor: „Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten. Eine psychologische Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen aufgrund empirischer Untersuchungen.“⁵⁶ Jansen kommt hier zu dem Ergebnis, dass allgemein ein Mangel an Information über das Thema Behinderung bestehe und schon allein der Begriff „Behinderung“ sehr unterschiedlich belegt werde. Dieser Mangel an Wissen führe entweder zu ablehnenden oder von (geheucheltem) Mitleid geprägten Gefühlen, wobei eine sachliche Einstellung praktisch fehle. Dadurch dominiere Unsicherheit im Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung und die Tendenz zur Ausgrenzung. Zur Entstehung und Entwicklung der heutigen Begriffe „Behinderung“ und „Rehabilitation“ als Rechtsbegriffe empfiehlt sich der umfangreiche Band „Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat: Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen“ von Felix Weltri.⁵⁷ Er

⁵² JANSEN (Hrsg.) 1977.

⁵³ Ebd., S. 43.

⁵⁴ Ebd., S. 30.

⁵⁵ Ebd., S. 69.

⁵⁶ JANSEN 1981.

⁵⁷ WELTRI 2005.

erfasst systematisch die Grundlagen des Umgangs mit Behinderung im deutschen Recht bis zum Beginn des 21. Jahrhunderts. Dabei wird deutlich, dass die Verantwortung des Staates für Menschen mit Behinderung im Lauf der Geschichte einen sehr wechselhaften Prozess durchlaufen hat, der noch nicht abgeschlossen ist.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und die Ärztliche Schweigepflicht ist ein zentrales Thema in der Debatte um eine Meldepflicht. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Spiegel des *Deutschen Ärzteblatts* und damit aus ärztlicher Perspektive behandelt die Dissertationsschrift „Das Arzt-Patientenverhältnis im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes von der Gründung der Bundesrepublik bis heute (1949 - 2005)“.⁵⁸ Retzlaff zeigt, dass es im *Deutschen Ärzteblatt* von 1949 bis 1961 als Reaktion auf nationalsozialistische Medizinverbrechen eine Diskussion um die ärztliche Schweigepflicht als Basis des Arzt-Patientenverhältnisses gab, was 1961 in einer gesetzlichen Regelung zur ärztlichen Schweigepflicht im Strafrecht führte.⁵⁹ Außerdem existierte eine weitere Diskussion bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht ab 1973 im Zusammenhang mit der elektronischen Datenverarbeitung.⁶⁰ In der Mitte der 1970er Jahre brachte sich im Zuge der Emanzipation zunehmend die Gruppe der Betroffenen selbst mit ein. Unterstützt wurden sie von dem Journalist Ernst Klee, der selbst nicht mit einer Behinderung lebte. Er fasst ihre Situation als Außenseiter der Gesellschaft in fast allen alltäglichen Bereichen im „Behinderten Report“⁶¹ zusammen und prangert dabei das System an, das seiner Meinung nach all die Missstände in der Situation der Menschen mit Behinderung teils hervorruft, teils unterhalte. Er sensibilisiert für das von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommene Problem und plädiert damit für eine neue Behindertenpolitik und den Ausbau von Selbsthilfegruppen. Eine Weiterführung ist in „Behinderten Report II ‚Wir lassen uns nicht abschieben‘“⁶² aufgezeichnet. Das Buch enthält den Bericht über die durchgeführten Aktionen im Rahmen des vom Autor

⁵⁸ RETZLAFF 2005.

⁵⁹ Vgl. ebd., S. 14-17.

⁶⁰ Vgl. ebd., S. 28-31.

⁶¹ KLEE 1974.

⁶² KLEE 1976.

initiierten Projektes „Bewältigung der Umwelt“, bei dem Menschen mit und ohne Behinderung durch öffentlichkeitswirksame Aktionen auf die Barrieren aufmerksam machten, vor die Menschen mit Behinderung im Alltag gestellt wurden. Auch die Reaktionen der Umwelt darauf sowie die politische und gesellschaftliche Wirkung werden dargestellt.

Zu Beginn der 1980er Jahre erhielt im angloamerikanischen Raum ein neue interdisziplinäre Herangehensweise Einzug an den Universitäten: die Disability Studies. Sie lösten sich vom bisher gängigen Rehabilitationsparadigma, durch das eine Behinderung ein Defizit darstellt, das durch Prophylaxe und möglichst frühe Behandlung an die Normen der Gesellschaft anzupassen ist. Konträr dazu bezeichnen die Disability Studies Behinderung als ein soziales, historisches und kulturelles Konstrukt. Im Jahre 2007 wurde die erste deutsche Einführung von Markus Dederich veröffentlicht: „Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies.“⁶³ Dieser Forschungsperspektive bedient sich auch die Disability History, welche als eigenes Forschungsfeld historische Prozesse der Wahrnehmung und der Konstruktion von „Behinderung“ bzw. „Normalität“ erforscht. Hierzu verweise ich auf die deutschsprachige Einführung „Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung“, die von Elsbeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt herausgegeben wurde.⁶⁴ Die Aufarbeitung der Geschichte der Behindertenpolitik in Deutschland im Rahmen der Disability Studies von Elsbeth Bösl „Politiken der Normalisierung: Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland“⁶⁵ bietet als umfassende Darstellung des gesellschaftspolitischen Kontexts eine wegweisende Basis für die vorliegende Arbeit.

Als Quellenkorpus dieser Studie dienten die Ausgaben der *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. des *Deutschen Ärzteblatts*. Das *Deutsche Ärzteblatt* wird wöchentlich von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben und kostenlos an alle approbierten Ärzte in

⁶³ DEDERICH 2007.

⁶⁴ BÖSL et al. (Hrsg.) 2010.

⁶⁵ BÖSL 2009.

Deutschland versandt. Zielsetzung ist die Information über standespolitische Themen und seit Mitte der 1950er Jahre auch die wissenschaftliche und qualitative Fortbildung.⁶⁶ Es berichtet jedoch auch über Themen des ärztlichen Berufsalltags bis hin zu Kunst- und Kulturthemen und hat einen großen Anzeigenteil. Das *Deutsche Ärzteblatt* richtet sich an alle Ärzte sämtlicher Fachrichtungen. Verbreitet wurde im vierten Quartal des Jahres 2015 eine Auflage von 351.619 Exemplaren⁶⁷, statistisch ermittelt erreichen davon 70-90% die Leserschaft.⁶⁸ Das *Deutsche Ärzteblatt* ist damit die meistgelesene Fachzeitschrift deutscher Ärzte und wichtigstes Publikationsorgan. Finanziert wird sie aus Anzeigeneinnahmen, wovon etwa 35% aus der Pharmaindustrie stammen und 60% aus dem Rubrikanzeigenteil.⁶⁹

Das *Deutsche Ärzteblatt* ging aus dem 1872 gegründeten *Ärztlichen Vereinsblatt für Deutschland* und der 1900 erstmals erschienenen Zeitschrift *Ärztliche Mitteilungen* hervor. Das *Ärztliche Vereinsblatt für Deutschland* war das Sprachrohr des 1873 gegründeten *Deutschen Ärztevereinsbundes*. Als solches sollte es die Interessen des ärztlichen Standes vertreten und seine Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege fördern.⁷⁰ Im Jahre 1929 wurde die Zeitschrift in *Deutsches Ärzteblatt* umbenannt.⁷¹ Die *Ärztlichen Mitteilungen* entstanden 1904 aus den nur wenige Jahre zuvor als regionales Blatt gegründeten *Ärztlichen Mitteilungen für Elsass-Lothringen*. Sie dienten als Mitteilungsorgan des *Leipziger Verbandes*, aus dem später der *Hartmannbund* und die *Kassenärztliche Vereinigung* wurden. Zielsetzung der *Ärztlichen Mitteilungen* war die Förderung von wirtschaftlichen Interessen des ärztlichen Standes. Trotz Rivalitäten wurde 1903 der *Leipziger Verband* dem *Ärztevereinsbund* angeschlossen, jedoch weiter zwei getrennte Fachzeitschriften mit jeweiliger Zielsetzung veröffentlicht.⁷² Beide wurden nach 1933 durch die Nationalsozialisten

⁶⁶ Vgl. JACHERTZ 1999a, S. 18.

⁶⁷ Vgl. DEUTSCHER ÄRZTEVERLAG 2015, Profil Deutsches Ärzteblatt. Online abrufbar unter: <http://www.aerzteverlag.de/portfolio/fachwissen-medizindental/deutsches-aerzteblatt/profil/> (zuletzt 09.02.2016).

⁶⁸ Vgl. JACHERTZ 1999a, Dtsch Arztebl, Beilage zu Heft 21, S. 18.

⁶⁹ Vgl. SPRUNKEL 1999, S. 8.

⁷⁰ Vgl. DENEKE & SPERBER 1973, S. 5–8.

⁷¹ Vgl. ebd., S. 53.

⁷² Vgl. ebd., S. 14.

zusammengelegt und „gleichgeschaltet“. Bis 1945 wurde die Fachzeitschrift dann unter dem Titel *Deutsches Ärzteblatt* herausgegeben.⁷³ Nach dem Krieg musste die Publikation vorerst eingestellt werden. Am 15. Mai 1949 erschien die Zeitschrift wieder unter dem Titel *Ärztliche Mitteilungen* mit einer Auflage von 55.000 Stück.⁷⁴ Auf das Wort „deutsch“ im Titel wurde bewusst verzichtet. Es hatte durch die nationalsozialistische Verwendung eine negative Bedeutung erhalten, aber auch die nationale Einheit im damals geteilten Deutschland war ungeklärt.⁷⁵ 1964 wurde das Publikationsorgan wieder in *Deutsches Ärzteblatt* umbenannt.⁷⁶ Chefredakteur war von Mai 1949 bis Dezember 1951 Dr. Carl Oelemann. Dr. Berthold Rodewald wurde von Januar 1952 bis Oktober 1958 sein Nachfolger. Anschließend übernahm J.F. Volrad Deneke das Amt von Oktober 1958 bis Dezember 1965, das Ernst Roemer dann von Januar 1966⁷⁷ bis zum Jahre 1991 innehatte.⁷⁸ Ein Großteil der für diese Studie verwendeten Artikel nennt als Verfasser lediglich „DÄ“. Aus diesem Grund sei noch folgender Eintrag aus dem Impressum wiedergegeben:

„Offizielle Veröffentlichungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Herausgeber des Deutschen Ärzteblattes – Ärztliche Mitteilungen sind ausdrücklich als solche gekennzeichnet. Die mit DÄ gezeichneten Berichte und Kommentare sind redaktionseigene Beiträge; darin zum Ausdruck gebrachte Meinungen entsprechen der Auffassung der Schriftleitung. Mit anderen Buchstaben oder mit Verfasseramen gezeichnete Veröffentlichungen geben in erster Linie die Auffassung der Autoren und nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder.“⁷⁹

Das *Deutsche Ärzteblatt* versteht sich als Sprachrohr der gesamten Ärzteschaft, es hat laut den Herausgebern „die Aufgabe, die Gesamtheit der Ärzte und deren Interessen zu vertreten und – trotz zunehmender Differenzierung – für die Einheit der Ärzteschaft zu wirken.“⁸⁰ Ob es im untersuchten Fall der Meldepflicht für

⁷³ Vgl. JACHERTZ 1997, Dtsch Arztebl, Heft 39, S. A-2445.

⁷⁴ Vgl. VILMAR & SCHORRE 1999, S. 4.

⁷⁵ Vgl. GERST 1999, S. 13.

⁷⁶ Vgl. JACHERTZ 1999b, Dtsch Arztebl, Beilage zu Heft 21, S. 1.

⁷⁷ Vgl. DENEKE & SPERBER 1973, S. 102.

⁷⁸ Vgl. ROEMER 1999, Dtsch Arztebl, Beilage zu Heft 21, S. 30.

⁷⁹ Vgl. ebd.

⁸⁰ VILMAR & SCHORRE 1999, Dtsch Arztebl, Beilage zu Heft 21, S.4.

behinderte Kinder gelungen ist, den Grundsatz der Objektivität und Meinungsvertretung der gesamten Ärzteschaft zu wahren, wird am Ende der Arbeit diskutiert.

Für diese Arbeit wurden die Ausgaben der *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. ab 1964 des *Deutschen Ärzteblattes* analysiert. Alle von Heft 1 des Jahres 1949 (34. Jahrgang) bis Heft 52 des Jahres 1963 (60. Jahrgang) erschienenen Ausgaben der *Ärztlichen Mitteilungen* sowie alle Ausgaben des *Deutschen Ärzteblattes* von Heft 1 des Jahres 1964 (61. Jahrgang) bis Heft 45 des Jahres 1994 (91. Jahrgang) wurden gesichtet.

Dabei wurde jeweils das Stichwortverzeichnis nach den Begriffen „Meldepflicht“, „Behinderung“, „Körperbehinderung“ und „Kinder“ durchsucht und zunächst alle Artikel mit Bezug zum Thema Behinderung berücksichtigt, um einen ersten Überblick über den Diskurs und verwandte Themen zu bekommen. Hierbei handelte es sich sowohl um Meldungen, Leserbriefe und Diskussionen über die Meldepflicht an sich, als auch um Artikel und kurze Notizen, die in weiterem Sinne mit Behinderung zu tun haben und das Interesse an Behinderung allgemein widerspiegeln. Es folgte die Durchsicht des Quellenkorpus Seite für Seite von Heft 1 des Jahres 1949 (34. Jahrgang) bis Heft 52 des Jahres 1983 (80. Jahrgang), dabei lag das Augenmerk auch auf verwandten Themen wie z.B. „Ärztliche Schweigepflicht“, „Schwerbehindertengesetz“, „sonstige Meldepflichten“ und „Rehabilitation“, die das *Deutsche Ärzteblatt* parallel zum untersuchten Diskurs beschäftigten. So konnten die Beziehungen zwischen einzelnen Themenbereichen mit erfasst werden. Auch das Online-Archiv des *Deutschen Ärzteblattes*, welches alle ab 1982 erschienenen Titel umfasst, wurde per Volltextsuche unter den Stichworten „Meldepflicht“, „Behinderung“ und „Schweigepflicht“ bis heute nach Meldungen durchsucht. Hier fanden sich jedoch keine weiteren Beiträge. Alle relevanten Artikel wurden dann chronologisch geordnet, zusammengefasst und tabellarisch aufgelistet (Auflistung siehe Anhang 2). Weiter folgte die Einteilung des Materials in Artikel über die „Meldepflicht für behinderte Kinder“ und über „Behinderung“ im Allgemeinen. Eine grafische Darstellung der Anzahl der im *Deutschen Ärzteblatt* bzw.

Ärztlichen Mitteilungen veröffentlichten Artikel zur Meldepflicht wurde angefertigt und so die Entwicklung im Zeitverlauf grafisch dargestellt (siehe Abb. 1 in Kapitel 3). Während der Beginn der Debatte um die Meldepflicht für behinderte Kinder schnell deutlich war, konnte das Ende des Diskurses lange nicht bestimmt werden. Um herauszufinden, ab wann die Meldepflicht für behinderte Kinder gesetzlich bestand und wie sie sich im Verlauf veränderte, wurde für die relevanten Zeiträume das Online-Archiv des *Bundesgesetzblatts* nach den Gesetzestexten durchsucht und die korrelierenden Abschnitte miteinander verglichen. Eine Übersicht über die gesetzlichen Veränderungen ist im Anhang 1 zu finden. Außerdem wurde in den Onlinearchiven von *Der Spiegel* und *Die Zeit* nach Artikeln zum Thema „Meldepflicht für behinderte Kinder“ gesucht, um die Behandlung des Themas in der Presse parallel zum Diskurs im *Deutschen Ärzteblatt* mit einzubeziehen. Hier fanden sich nur wenige Artikel. Danach wurde Sekundärliteratur bezüglich des Bildes von Behinderung und der Wandlung dieses Bildes nach dem Zweiten Weltkrieg in der Deutschen Gesellschaft und zu politischen und rechtlichen Entwicklungen der Rehabilitation studiert. In diesem „Gerüst“ aus Gesetzesänderungen, gesellschaftspolitischen Ereignissen und Phasen der intensiven oder weniger intensiven Beschäftigung mit der Meldepflicht für behinderte Kinder wurden dann alle Artikel verortet. Insgesamt 63 Veröffentlichungen im Zeitraum von 1951 bis 1982, die sich direkt auf die Meldepflicht für behinderte Kinder beziehen oder diese als Randthema in einer Ausführung behandeln, gingen in eine systematische Analyse ein. Diese mussten durch relevante Dokumente wie Bundestagsdebatten und Berichte einzelner Ausschüsse aus der Datenbank des Deutschen Bundestags ergänzt werden, um die zeitweise spärliche Berichterstattung im *Deutschen Ärzteblatt* zu erhellen, Lücken zu schließen und manche vorerst unverständlichen Anspielungen zu erklären.

Die Analyse der einzelnen Artikel orientierte sich an dem Ansatz der Kritischen Diskursanalyse nach Siegfried Jäger⁸¹, wenngleich sie keine vollständige Analyse nach diesem Konzept darstellen kann. Die Methode versteht sich selbst

⁸¹ Vgl. JÄGER 2015.

„im Kern als ein Konzept qualitativer Sozial- und Kulturforschung“⁸² und bedient sich dabei interdisziplinärer Herangehensweisen aus der Linguistik, den Human- und Sozialwissenschaften. Sie geht davon aus, dass hinter jedem deskriptiven Text schon eine bestimmte Meinung und gewisse Deutung steht und möchte Beziehungen von spezifischen linguistischen Merkmalen und der Induktion von Macht aufdecken. Der Diskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder war in diesem Sinne kein historisch relevanter Diskurs, an dem eine breite Masse beteiligt gewesen wäre oder von dem verschiedene Medien regelmäßig berichtet hätten. Jedoch hat die auf die Foucault'sche Diskurstheorie zurückgehende Methode auch zum Ziel, die Intertextbeziehungen und Interdiskursbeziehungen herauszuarbeiten und sie in den zeithistorischen Kontext einzubetten. Der Diskursstrang „Meldepflicht für behinderte Kinder“ wurde entlang der einzelnen Artikel, den Diskurselementen, verfolgt. Dies offenbarte, wie sich einzelne Argumentationsstränge im Laufe der Zeit verhielten bzw. veränderten und mit welchen anderen Diskurssträngen sie verwoben waren und ob diskursive Momente auftraten. Als diskursives Moment gilt in der Kritischen Diskursanalyse ein Ereignis, das mediale Aufmerksamkeit erlangt.⁸³ Zu untersuchen war dann, ob diese Diskursmomente zu diskursiven Ereignissen wurden, also den Diskurs in eine bestimmte Richtung lenkten oder diesen unverändert ließen. So konnte der Diskurs insgesamt erschlossen und die gewonnenen Ergebnisse dann in Beziehung zu den allgemeinen Wandlungsprozessen der Bundesrepublik Deutschland und dem westdeutschen Behindertendiskurs gesetzt werden.

⁸² Vgl. JÄGER 2015, S. 10.

⁸³ Vgl. ebd., S. 82.

3 Quantitativer Verlauf der Debatte um eine Meldepflicht und gesetzliche Veränderungen

Der Diskurs um eine Meldepflicht für behinderte Kinder wurde in den *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. im *Deutschen Ärzteblatt* in verschiedenen Phasen geführt. Dabei häuften sich in manchen Jahren die veröffentlichten Artikel, dann gab es Jahre, in denen überhaupt nichts zur Thematik erschien. Folgendes Diagramm stellt grafisch dar, wie viele Artikel in den *Ärztlichen Mitteilungen* und im *Deutschen Ärzteblatt* zum Thema „Meldepflicht für behinderte Kinder“ im Zeitverlauf publiziert wurden. Ein tabellarischer Überblick über alle bearbeiteten Artikel zum Themenkomplex und den 63 Beiträgen zur Meldepflicht für behinderte Kinder findet sich im Anhang.



Abbildung 1

Visuell lassen sich in dieser Darstellung schon einzelne Phasen der Auseinandersetzung mit einer Meldepflicht voneinander abgrenzen. Die Grenzen sind dabei nicht scharf zu ziehen und wurden für die Einteilung dieser Arbeit unter thematischen Aspekten gewählt. Von 1951 bis 1965 fand die Debatte in den

Ärztlichen Mitteilungen bzw. im *Deutschen Ärzteblatt* kaum statt, das Periodikum nahm vorrangig die Rolle des Berichterstatters in der Diskussion auf politischer Ebene ein, wo auch einige Ärzte als Bundestagsabgeordnete fungierten. Die Hauptdiskussion fand von 1966 bis 1970 statt, als zahlreiche Reformen in vielen Bereichen auf den Weg gebracht wurden, und das *Deutsche Ärzteblatt* war hier Plattform für einen Meinungsaustausch. Daran schlossen sich Debatten um die Umsetzung des Bundessozialhilfegesetzes von 1969 an. Auch über andere Meldepflichten für verschiedene Krankheiten wurde diskutiert. Nach 1982 findet sich keine weitere Erwähnung mehr im *Deutschen Ärzteblatt*.

Im Zeitraum der Debatte wurden verschiedene Gesetze diskutiert und erlassen. Die Bestimmungen zur Meldepflicht für Kinder mit Behinderung wurden dabei immer wieder modifiziert. Im *Deutschen Ärzteblatt* war die Diskussion um die Meldepflicht zum Großteil eine Reaktion auf anstehende Gesetzänderungen. Die betreffenden Gesetze und ihre Änderungen werden nun im Einzelnen erläutert. 1950 wurde unter Engagement der *Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge* ein Gesetzentwurf für die Körperbehindertenfürsorge erarbeitet, der im Wesentlichen die Grundlage für das am 27. Februar 1957 in Kraft getretene bundeseinheitliche Fürsorgegesetz für Körperbehinderte bildete. 1951 wurde erstmals das Thema Meldepflicht in den *Ärztlichen Mitteilungen* erwähnt, als der Antrag der Fraktion der SPD für ein bundeseinheitliches „Krüppelfürsorgegesetz“ gestellt wurde. Er führte den Grundgedanken des Preußischen Fürsorgegesetzes weiter, ergänzte es aber durch die in den letzten Jahrzehnten hinzugewonnenen Erkenntnisse insbesondere im medizinischen Bereich. In dem ursprünglichen Entwurf war eine Meldepflicht vorgesehen, die deutlich über die Beschlüsse des 13. Ausschusses hinausgingen.⁸⁴ Über die abgeschwächte Ausschussfassung wurde dann in der 177. Plenarsitzung des Deutschen Bundestags am 6. Dezember 1956 lange und hitzig debattiert, wovon die *Ärztlichen Mitteilungen* ausführlich berichteten. Das Ergebnis war eine ärztliche Meldepflicht für

⁸⁴ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Fragen der öffentlichen Fürsorge, Drucksache 2/2885, S. 7.

behinderte Kinder an das Gesundheitsamt, wenn Eltern eine notwendige Behandlung vernachlässigten.

Das Bundessozialhilfegesetz vom 30. Juni 1961, welches das Körperbehindertengesetz von 1957 ablöste, wurde von den *Ärztlichen Mitteilungen* völlig außer Acht gelassen. Es beinhaltete nun ein Melderecht für den Fall, dass eine erforderliche Therapie nicht durchgeführt wurde. Obwohl es 1961 verabschiedet wurde, findet sich bis 1966 keine echte Auseinandersetzung mit der Thematik der Meldepflicht. Im Jahr 1965 wurde das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) novelliert, der relevante Abschnitt 12 blieb aber von dieser ersten Novelle unberührt.⁸⁵ In der Zeit, in der lediglich ein Melderecht bestand, wurden nur wenige Artikel zur Meldepflicht publiziert. Die Vermutung liegt nahe, dass ein Großteil der Ärzteschaft gegen diese gesetzlichen Bestimmungen keine Einwände hatte und deshalb kein großer Diskussionsbedarf bestand.

Die meisten Artikel sind im *Deutschen Ärzteblatt* ab 1966 bis Anfang der 1970er Jahre zu finden. In der Mitte dieses Zeitraumes lag die Verabschiedung der Zweiten Novelle des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) von 1969 und damit eine Verschärfung des Meldegesetzes gegenüber dem BSHG von 1961. Es wurde nach hitzigen Diskussionen eine chiffrierte Meldepflicht für alle Behinderungen zu statistischen Zwecken eingeführt und das Melderecht bei Fällen von vernachlässigter Behandlung wieder in eine namentliche Meldepflicht für diese Sondersituation umgewandelt. In dieser Phase brachten sich öfter Autoren mit ausführlichen Artikeln und Argumentationen ein, die Tätigkeitsberichte der Bundesärztekammer beinhalteten regelmäßig das Thema „Meldepflicht für behinderte Kinder“ und Zuschriften der Leser wurden publiziert. Es wird davon ausgegangen, dass diese jahrelangen intensiven Diskussionen von ärztlicher Seite im Vorfeld zum BSHG von 1969 Einfluss auf dessen Inhalt hatten.

Eine dritte Phase der Debatte im *Deutschen Ärzteblatt* begann 1970, als die angekündigten Verwaltungsvorschriften zum BSHG von 1969 erlassen wurden.

⁸⁵ Vgl. O.A. 1965: Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Bundessozialhilfegesetzes vom 31. August 1965. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 45, 4. September, S.1027f.

Um 1974 wurde über das „Rehaangleichungsgesetz“ beraten. Dieser Diskussionsabschnitt war geprägt von zwei ausführlichen Artikeln und einer kürzeren Diskussion durch Zuschriften an die Redaktion. 1981 wurde das „Jahr des Behinderten“ ausgerufen mit dem Ziel, durch Veranstaltungen und medialer Aufklärung mehr Verständnis für Menschen mit Behinderung in der Öffentlichkeit hervorzurufen. Zur selben Zeit wurden auch viele Artikel zum Thema „Behinderung“ im *Deutschen Ärzteblatt* abgedruckt. Nach 1982 wurde die Meldepflicht im *Deutschen Ärzteblatt* nicht mehr erwähnt. Zwei mögliche Erklärungen dafür sollen im Verlauf untersucht werden: Die chiffrierte Meldepflicht hatte zum gewünschten Erfolg geführt und Ärzte waren damit zufrieden oder aber andere Faktoren in der Behindertenpolitik hatten zu Veränderungen geführt und machten eine Meldepflicht überflüssig.

Gesetzliche Änderungen bezüglich der Meldepflicht gab es nach 1969 vorerst nicht mehr. Auch die Neufassung des BSHG vom 23. März 1994 enthielt im Abschnitt 12, der die Meldepflicht für Kinder mit Behinderung beinhaltete, keine wesentlichen Neuerungen. Formal wurde die Meldepflicht für Kinder mit Behinderung erst durch das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) abgeschafft, welches das geltende BSHG ablöste.⁸⁶ Es enthält in Kapitel 8 „Sicherung und Koordinierung der Teilhabe“ in § 60 bis § 62 Regelungen zur Beratung von Personen mit Behinderung⁸⁷: Personensorgeberechtigte, die eine Behinderung wahrnehmen oder durch medizinisches Personal oder Pädagogen darauf aufmerksam gemacht werden, sollen bei einer Beratungsstelle oder einem Arzt zur Information über Möglichkeiten der Teilhabe vorstellig werden. Ärzte haben die Aufgabe, zu geeigneten Behandlungsoptionen zu beraten und auf die Möglichkeit der Information durch Beratungsstellen hinzuweisen. Eine Meldepflicht und ein amtliches Merkblatt gibt es nicht mehr. Sprachlich findet sich der Begriff „Pflicht“ nur noch in der Überschrift zu § 60

⁸⁶ Siehe Anhang 1; Vgl. o.A. 1957: Körperbehindertengesetz vom 27.02.1957. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 5, 28. Februar, S. 147–148; o.A. 1969: Zweite Novelle zum Bundessozialhilfegesetz vom 14.08.1969. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 77, 19. August, S. 1160–1162; o.A. 2001: Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 27, 22. Juni, S. 1064–1066.

⁸⁷ Vgl. o.A. 2001: Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 27, 22. Juni, S. 1065.

„Pflichten Personensorgeberechtigter“. Somit ist in dieser Entwicklung ein deutlicher Trend hin zu Freiwilligkeit und Beratung statt staatlicher Überwachung zu sehen.

Die ärztliche Meldepflicht für behinderte Kinder existierte damit rein formal von 1957 bis 1961 und in chiffrierter Form von 1969 bis 2001, zwischen 1961 und 1969 gab es lediglich ein Melderecht. Die in der Ärzteschaft geführte Diskussion stand im zeitlichen Zusammenhang zu Gesetzesänderungen.

4 Der Diskurs um eine gesetzliche Meldepflicht für behinderte Kinder im gesellschaftlichen und politischen Wandel

4.1 Notwendige Früherkennung von Behinderungen durch eine Meldepflicht oder „Verrat an der westlichen Demokratie“? (1951 bis 1963)

Die Debatte um eine Meldepflicht fand in den 1950er Jahren und zu Beginn der 1960er Jahre weniger in den *Ärztlichen Mitteilungen* statt, welche zu dieser Zeit eher berichtende Funktion hatten, sondern hauptsächlich in der mehrstündigen Bundestagsdebatte vom 6. Dezember 1956. Insbesondere diejenigen Abgeordneten, die auch Mediziner waren, begründeten hier eine aus ihrer Sicht notwendige Änderung des Gesetzentwurfs, der eine weitgehende Meldepflicht für alle Menschen mit Behinderung vorsah. Als dann 1961 das Körperbehindertengesetz durch das Bundessozialhilfegesetz abgelöst wurde, gab es dagegen in der Bundestagsdebatte kaum Diskussion über die Meldepflicht, obwohl ein gegenüber dem Entwurf gravierend verändertes Gesetz verabschiedet wurde. Der Diskurs um eine Meldepflicht im Zeitraum von 1951 bis 1963 wird nun darauf untersucht, wie dabei argumentiert wurde und welchen Einfluss die ärztlichen Darlegungen nahmen. Die Argumentationsweise wird dann im Kontext der gesellschaftlichen Umbrüche der 1950er und beginnenden 1960er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland eingebettet.

Im Jahre 1951 wurde die Meldepflicht für behinderte Kinder in den *Ärztlichen Mitteilungen* in einer kurzen Notiz über die Forderung eines neuen, bundeseinheitlichen „Krüppelfürsorgegesetzes“ erstmals erwähnt. Der Antrag aus der Fraktion der SPD wurde von den westdeutschen Fürsorgeverbänden und der *Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge* mitgetragen. In der Begründung zum Entwurf wurde angeführt, dass etwa 200.000 Menschen mit Körperbehinderungen nach diesem Gesetz betreut werden müssten. Demgegenüber standen 60.000 zu versorgende Menschen mit Körperbehinderung, von denen man 1920

bei der Erschaffung des *Preußischen Fürsorgegesetzes* ausgegangen war. Die Erläuterung führte den Anstieg auf den schlechten Ernährungszustand (in der Folge u.a. Rachitis) nach dem Ersten Weltkrieg, Infektionskrankheiten (v.a. Polio-Epidemie) nach dem Zweiten Weltkrieg, häufigere Verkehrsunfälle aufgrund des steigenden Verkehrsaufkommens, sowie den Einstrom von Flüchtlingen und Vertriebenen mit schweren Körperbehinderungen, die in ihrer Heimat keine Fürsorge erhielten, zurück.⁸⁸ Angesichts dieser Zahlen sahen sich Politiker und Fürsorgeverbände gezwungen, effektive Lösungen auf sozialpolitischer Ebene herbeizuführen. Denn nach damaligem Verständnis war ein Mensch mit Körperbehinderung kein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft, da er in seiner Produktivität eingeschränkt war, und erfüllte damit nicht die Leistungserwartungen seiner Umwelt. Behinderung wurde, wie Elsbeth Bösl ausführt, als eine Andersheit gesehen, deren Wahrnehmung vor allem defizitorientiert war. Insbesondere konzentrierte man sich dabei auf funktionale Mängel, welche die Erwerbsfähigkeit und allgemeine Leistungsfähigkeit einschränkten. Damit war Behinderung in erster Linie ein soziales Problem, zu dessen Lösung sich der Sozialstaat verpflichtet sah. Die Behindertenpolitik folgte deshalb dem Ziel, die Betroffenen funktionell zu „normalisieren“ und an die Erwartungen der Gesellschaft anzupassen. Hierfür förderte sie medizinische Maßnahmen, allen voran die Prothetik, und die berufliche Rehabilitation, um Menschen mit einer Körperbehinderung möglichst produktiv auf dem Arbeitsmarkt unterzubringen.⁸⁹ Deshalb setzten politische Bemühungen der Fürsorge primär an der wirksamen „Bekämpfung der Körperschäden“⁹⁰ an. Dafür hielt man es für erforderlich, dass bislang unbehandelt gebliebene Personen mit Körperbehinderung gemeldet würden und finanzielle Möglichkeiten zur Rehabilitation erhielten. Bisher nicht genau erfassbar war die Gruppe aller Erwachsenen mit Körperbehinderung in der Bundesrepublik Deutschland und die der Jugendlichen aus nichtpreußischen Gebieten, da sie nicht unter die gesetzliche Meldepflicht im *Preußischen*

⁸⁸ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorge für Körperbehinderte, Drucksache 2/1594, S. 8.

⁸⁹ Vgl. Bösl 2009, S. 9.

⁹⁰ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorge für Körperbehinderte, Drucksache 2/1594, S. 8.

Fürsorgegesetz gefallen waren. Weiter fehlten vielen Familien die finanziellen Mittel zur Behandlung ihrer Kinder. Diese Probleme sollte das neue Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte (genannt Körperbehindertengesetz, KBG) lösen, das im ersten Entwurf noch „Krüppelfürsorgegesetz“ genannt worden war.⁹¹ Es war vorgesehen für alle Menschen mit Körperbehinderung, die der folgenden Definition entsprachen:

„Körperbehindert im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die durch eine Fehlfunktion oder Fehlfunktion des Stütz- und Bewegungssystems oder durch Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes dauernd in ihrer Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt sind oder in Zukunft voraussichtlich sein werden. Dieses Gesetz findet auch Anwendung auf Seelentaube und Hörstumme.“⁹²

Das neue Körperbehindertengesetz war ein Teil der Sozialreform und insofern eine Art Modellgesetz, auch für weitere Gesetze bezüglich der Rehabilitation.⁹³ Deshalb war es der Ärzteschaft wichtig, in diesem wegweisenden Gesetz grundlegende Anliegen mit einzubringen.

Der Erfolg in der Behindertenpolitik schien garantiert, wenn die Gruppe der Betroffenen erfasst und einer Rehabilitation zugeführt würde, sowie die notwendigen Finanzen dafür jedem Bedürftigen zur Verfügung stünden. Neben der sozialen Verpflichtung der Allgemeinheit nannte die Begründung zum Gesetzentwurf auch wirtschaftliche Argumente, dass Menschen mit Körperbehinderung bei rechtzeitiger Rehabilitation als Arbeitskräfte eingesetzt werden oder zumindest ein eigenständiges Leben ohne kostspielige Anstaltsunterbringung führen könnten.⁹⁴

Wirtschaftlichkeit allein sollte dagegen nicht ausschlaggebend sein, denn:

⁹¹ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorge für Körperbehinderte, Drucksache 2/1594, S. 8.

⁹² DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Fragen der öffentlichen Fürsorge, Drucksache 2/2885, S. 5.

⁹³ Vgl. STOCKHAUSEN 1956, *Arztl Mitt*, Heft 36, S. 1014; DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Fragen der öffentlichen Fürsorge, Drucksache 2/2885, S. 2.

⁹⁴ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Fragen der öffentlichen Fürsorge, Drucksache 2/2885, S. 5.

„Vielmehr hat sich im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen die Erkenntnis mit Recht durchgesetzt, daß wie jedes Mitglied einer sozialen Gemeinschaft ohne Rücksicht auf seine Verhältnisse auch der Körperbehinderte zu seinem eigenen Wohl Gelegenheit erhalten sollte, durch Entwicklung seiner Gesamtpersönlichkeit einschließlich der ihm verbliebenen Fähigkeiten ein vollwertiges Glied der Gesellschaft zu werden.“⁹⁵

Der sozial-ethische Aspekt in Form ganzheitlicher Förderung und Entfaltung von Menschen mit Behinderung stellte einen Fortschritt dar. Seinen Wert innerhalb der Gesellschaft musste der Mensch mit Behinderung laut dieser Auffassung jedoch erst durch möglichst weitgehende Angleichung an die „normale“ Umwelt erreichen. Gemäß der Wahrnehmung seiner Umwelt konnte er deshalb auch in seinem unveränderten Zustand kein Selbstbewusstsein entwickeln und befand sich in einer seelischen Notlage. Das Ziel des geforderten Gesetzes wurde dieser Einstellung gemäß durch die Ausschüsse für Öffentliche Fürsorge und für Fragen des Gesundheitswesens wie folgt formuliert:

„Es geht nicht darum, eine Gruppe von Unterstützungsempfängern zu schaffen, vielmehr soll durch das künftige Gesetz erreicht werden, das Schicksal der körperlichen Verkrüppelungen abzuwenden oder sogar zu heilen, und gleichzeitig den Krüppeln und Körperbehinderten durch entsprechende Maßnahmen ihr Selbstbewusstsein zu fördern, um ihnen aus ihrer seelischen Not zu helfen.“⁹⁶

Mit der Intention, Menschen mit Behinderung aus dieser (vermeintlichen) Notlage zu befreien, einigten sich die *Ausschüsse für Öffentliche Fürsorge und für Fragen des Gesundheitswesens* auf die folgenden Forderungen für ein neues Fürsorgegesetz nach den Prinzipien des Sozialstaats. Per Meldepflicht sollten Ärzte, Hebammen, andere Medizinalpersonen und Lehrkräfte sämtliche in der Bundesrepublik lebenden „Krüppel“ – erstmals auch Erwachsene – unverzüglich dem Gesundheitsamt melden, wenn sie „eine vorhandene Körperbehinderung oder die drohende Gefahr einer solchen wahrnehmen.“⁹⁷ Eine genaue Statistik wurde als erforderliche Voraussetzung zur Einleitung zweckmäßiger Maßnahmen

⁹⁵ DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Schriftlicher Bericht des Ausschusses für Fragen der öffentlichen Fürsorge, Drucksache 2/2885, S. 9.

⁹⁶ O.A. 1951, Arztl Mitt, Heft 13, S. 188.

⁹⁷ Ebd., S. 7.

angesehen. Die ursprünglich vorgesehene verpflichtende Meldung durch den Arbeitgeber in der ersten Vorlage wurde in der Ausschussfassung jedoch gestrichen.⁹⁸ Die „Beurteilung des Krüppelleidens“ müsste Aufgabe des Arztes sein, ebenso „alle von der Verkrüppelung Bedrohten frühzeitig zu erfassen und entsprechende ärztliche Maßnahmen einzuleiten.“⁹⁹ Auch die in manchen Fällen notwendige Unterbringung in Heimen wollte man gesetzlich regeln. Schließlich sollte auch dem medizinischen Fortschritt und den damit einhergehenden verbesserten Heilungschancen explizit Rechnung getragen werden.¹⁰⁰

In seiner 177. Sitzung beschäftigte sich der Deutsche Bundestag am 6. Dezember 1956 im Rahmen der Beratung eines neuen Körperbehindertengesetzes auch mit der Meldepflicht für Behinderte, die in der Begründung zur Ausschussfassung als Kernstück des Gesetzes angeführt wurde.¹⁰¹ Diese Plenardiskussion des Deutschen Bundestags wurde 10 Jahre später vom *Deutschen Ärzteblatt* als „eine seiner gesundheitspolitisch interessantesten und bedeutsamsten Aussprachen seiner noch jungen Geschichte“¹⁰² bezeichnet.

Im Vorfeld hatte es seitens der Ärzteschaft schon Bedenken gegen die ärztliche Meldepflicht gegeben, wovon aber in den *Ärztlichen Mitteilungen* nichts zu lesen war. Dies kann daran liegen, dass es der Diskussion einzelner Ärztegruppen an Sachlichkeit mangelte und die Herausgeber Auseinandersetzungen auf diesem Niveau nicht aufnahmen. Weiter wurde der Diskussion vor der Auseinandersetzung im Bundestag wohl keine große Relevanz zugemessen, über welche die gesamte Ärzteschaft hätte informiert werden müssen. Im Bundestag wurde gegen diese unsachliche, polemisierende Herangehensweise einiger Ärztegruppen protestiert. So war nach jahrelangem Schweigen zwei Tage vor der Plenarsitzung eine Pressekonferenz abgehalten worden, die Berichte in „führenden Tageszeitungen“ zur Folge hatte und die, nach Ansicht der Vorsitzenden des Fürsorgeausschusses Maria Niggemeyer, „den Inhalt des

⁹⁸ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorge für Körperbehinderte, Drucksache 2/1594, S. 26.

⁹⁹ O.A. 1951, *Arztl Mitt*, Heft 13, S. 188.

¹⁰⁰ Vgl. ebd.

¹⁰¹ Vgl. MOERCHEL 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9835.

¹⁰² DÄ 1966, *Dtsch Arztebl*, Heft 3, S. 126.

Gesetzes entstellt und unwahr wiedergegeben haben“¹⁰³. Der Abgeordnete Willy Könen zitierte verärgert die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft praktischer Ärzte Deutschlands zum Gesetz:

„Wenn im ärztlichen Sektor solche „Nötigungen“ mit Einbau von Meldeaufträgen in den Kreis der Berufspflichten auf Laien gesetzlich erstreckt werden, dann will man bewußt und vorsätzlich störend in die Intim-Sphäre Arzt-Patient durch Dritte eingreifen lassen. Nur ein Naiver kann dies abstreiten.“¹⁰⁴

Weiter hätten Ärzte in Fachzeitschriften ausfallend davor gewarnt, „dieses Gesetz sei der Anfang davon, daß man mit einem Ohrschmalzpfropfen in eine Kartei aufgenommen werde und fürsorgerechtliche Maßnahmen ergriffen werden“¹⁰⁵, denn man könnte dadurch als schwerhörig gelten. Von dieser Herangehensweise mancher Gruppe distanzierten sich die Kollegen unter den Abgeordneten.¹⁰⁶ Auch in den *Ärztlichen Mitteilungen* sind Publikationen dieser Art nicht zu finden, von ärztlichem Widerstand gegen eine Meldepflicht findet man bis 1956 dort keine Hinweise.

Wie zuvor in den *Ärztlichen Mitteilungen* angekündigt, wurde der wörtliche Auszug aus dem Plenarprotokoll des Deutschen Bundestags in der Zeitschrift veröffentlicht. Hierbei fehlen allerdings die Reden derjenigen Bundestagsabgeordneten, welche *für* eine Meldepflicht plädierten.¹⁰⁷ Die Einleitung zum Abdruck erklärt dies mit dem Hinweis, der folgende Auszug konzentriere sich insbesondere auf die Ausführungen der ärztlichen Bundestagsabgeordneten.¹⁰⁸ Ob das der einzige Grund war, muss kritisch betrachtet werden. Gegen die von dem Ausschuss vorgelegte Fassung zur Einführung einer umfassenden Meldepflicht aller in der Bundesrepublik lebenden „Krüppel“ waren die Abgeordneten Dr. Richard Hammer (FDP), Dr. Siegfried Moerchel (CDU/CSU), Dr. Willy Reichstein von der Partei Gesamtdeutscher Block / Bund der Heimatvertriebenen und

¹⁰³ NIGGEMEYER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9840.

¹⁰⁴ KÖNEN 1956, ebd., S. 9841.

¹⁰⁵ Ebd., S. 9837.

¹⁰⁶ Vgl. HAMMER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S.9842.

¹⁰⁷ Vgl. mit DEUTSCHER BUNDESTAG 1956, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S.9840-42.

¹⁰⁸ Vgl. STOCKHAUSEN 1956, Arztl Mitt, Heft 2, S.30.

Entrechteten (GB/BHE), Dr. Elinor Hubert (SPD), Dr. Viktoria Steinbiß (CDU), Dr. Siegfried Bärsch (SPD) und der nichtärztliche Abgeordnete Fritz Becker der Deutschen Partei (DP). Für die vorgestellte Fassung plädierten der Abgeordnete Willy Könen (SPD) und die Vorsitzende des Ausschusses für öffentliche Fürsorge Maria Niggemeyer (CDU/CSU). Der Arzt und Bundestagsabgeordnete der FDP, Dr. Hammer, fasste in seiner Rede die gegenwärtige Problematik mit folgenden einleitenden Worten zusammen:

„Wir sind alle miteinander, soweit wir Gesundheits- und Sozialpolitik betreiben, darüber bekümmert und betrübt, daß Möglichkeiten zur Genesung, die für die Körperbehinderten in Deutschland vorhanden sind, nicht ausgenutzt werden. Wir alle sind über die Fortschritte der Wissenschaft, der Forschung, der ärztlichen Kunst unterrichtet und kennen hervorragende Institute. Auch wissen wir, dass die Möglichkeit besteht, durch eine Beratung und Umschulung, durch alle möglichen Maßnahmen und durch nachgehende Behandlung eine große Anzahl von unglücklichen Menschen glücklich zu machen. Aber wir sehen daß die Chancen, die in Deutschland geboten werden, zum großen Teil nicht ausgenutzt werden.“¹⁰⁹

In dieser überschwänglichen Formulierung wird der vorherrschende Zeitgeist mit seinem allgemeinen Fortschrittsoptimismus deutlich. Menschen mit Behinderung wurden pauschal als „unglücklich“ abgestempelt, gleichzeitig präsentiert der fortschrittliche Sozialstaat die Lösung dieses vermeintlichen Problems. Hammer lobte weiter die Bemühungen der Bundesregierung, diese Situation ändern zu wollen und dafür auch finanzielle Mittel bereitzustellen. Kritisch äußerte er sich – und in den folgenden Reden auch seine Kollegen – zum Vorschlag, die gegenwärtige Lage mittels einer Meldepflicht ändern zu wollen. Deshalb standen einige Änderungsvorschläge zu § 3 der Meldepflicht des Gesetzes zur Debatte, die in ihrem Kern ähnlich waren und alle von einer Meldepflicht für körperbehinderte Erwachsene absahen. Einigkeit herrschte auch in der Auffassung für den Sonderfall, dass Minderjährigen eine notwendige Behandlung nicht ermöglicht wurde und für diesen Fall eine Meldung des Arztes an das Gesundheitsamt gerechtfertigt sei. Die einzelnen Änderungsvorschläge wurden dabei in sogenannten Umdrucken des ursprünglichen Gesetzentwurfs schriftlich vorgestellt.

¹⁰⁹ HAMMER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9833.

Umdruck 863 enthielt dabei gar keine Meldepflicht, ausschließlich ein Melderecht des Arztes für diesen Fall. Im Umdruck 856, 857¹¹⁰ und 873¹¹¹ wurde eine Meldepflicht für Minderjährige unter o.g. Umständen vorgeschlagen, die Meldung mit Einverständnis jedoch favorisiert und die Aushändigung eines Merkblattes zu Beratungsmöglichkeiten angeregt. Dr. Richard Hammer bezweifelte die Zweckmäßigkeit einer Meldepflicht überhaupt und plädierte in seiner Begründung zum Umdruck 863 für ein Melderecht des Arztes. Er führte aus, wie schlecht die Resultate der Fürsorge beispielsweise in Hannover seien, wo nach dem Preußischen Krüppelfürsorgegesetz bereits eine Meldepflicht angewendet würde.¹¹² Die Vorsitzende des Ausschusses für Öffentliche Fürsorge Niggemeyer sah die Ursache für den mangelhaften Erfolg dieses Gesetzes dagegen in den fehlenden finanziellen Mitteln.¹¹³ Richard Hammer resümierte, eine Meldepflicht ohne die Konsequenz einer Operationsduldungspflicht sei nutzlos, denn eine bloße Meldung sei nicht mit der Behandlung gleichzusetzen. Eine solche Pflicht sei aber in einer Demokratie weder gewünscht noch durchzusetzen. Sie wurde in der Debatte auch von keiner Seite gefordert. Er mahnte dennoch an dieser Stelle zur Vorsicht:

„Die Operationsduldungspflicht kannten wir in unserer gesundheitspolitischen Vergangenheit aus den KZs und soweit die Sterilisation nach dem Erbgesundheitsgesetz in Frage kam, also aus einer Welt, die uns – ich will mich wieder ganz vorsichtig ausdrücken – sehr, sehr fern geworden ist oder jedenfalls sehr fern geworden sein sollte.“¹¹⁴

Dass derartiges Gedankengut ganz verschwunden sei, wagte er nicht zu versichern. Der Abgeordnete Willy Könen (SPD) reagierte mit für diese Zeit typischer Abwehrmentalität. Er sprach sich gegen derartige Vergleiche in der Diskussion aus und machte deutlich:

¹¹⁰ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1956, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9864.

¹¹¹ Vgl. ebd., S.9866.

¹¹² Vgl. HAMMER 1956, ebd., S. 9834.

¹¹³ Vgl. NIGGEMEYER 1956, ebd., S. 9838.

¹¹⁴ HAMMER 1956, ebd., S. 9834.

„Wir wollen alle nicht, daß eine Kindermordanstalt Galkhausen noch einmal Wirklichkeit wird. Aber, meine Damen und Herren, dann verschonen Sie uns auch mit Vergleichen dieser Art! Das muß man doch einmal dazu sagen.“¹¹⁵

Ansonsten wurde die Thematik eines Missbrauchspotentials der Meldepflicht für behinderte Kinder wie zu nationalsozialistischen Zeiten in der Bundestagsdebatte nicht weiter erörtert, erlangte aber in den 1960er Jahren wieder neue Bedeutung (siehe Kapitel 4.2). Dies passt zu der allgemeinen Tendenz während der 1950er Jahre, die nationalsozialistische Vergangenheit mit ihren Medizinverbrechen zu verdrängen.¹¹⁶

Dr. Richard Hammer fuhr fort, um die umfassende Erkennung und notwendige Einwilligung in eine Behandlung erreichen zu können, bedürfe es keiner Meldepflicht, sondern der Information und Einsicht der Erziehungsberechtigten. Diese sei mangelhaft, wenn es um die Behandlung von weniger auffälligen Behinderungen ginge,

„allein weil man ihren Müttern [von Kindern mit Behinderung, K.K.] nicht beibringen konnte, daß dieses freundliche, lachende und fröhlich jaulende Kleinkind, das hier in seinem Bettchen lag, nicht nur eine Verzögerung beim Laufenlernen hatte, sondern eine angeborene Hüftgelenkverrenkung oder einen Klumpfuß. Es war eben nicht gelungen, die Mütter dazu zu bewegen, in dieses friedliche Leben ihres vergötterten Kindchens einzugreifen und es auf den Operationstisch zu tragen.“¹¹⁷

Anders sehe es bei kosmetisch auffälligen Missbildungen wie beispielsweise einer Spaltbildung im Gesicht aus. In diesem Falle wurde fast jedes Kind operiert, denn:

„Hier war es der Mutter plausibel, daß dieser sichtbare Schaden für das geliebte Kleine in der Zukunft Elend und Unglück bedeuten würde. Eine jede Mutter weiß eben, daß eine Hasenscharte, eine offene Oberlippe, mit der Vorstellung von Apoll und Aphrodite wenig zu tun hat.“¹¹⁸

¹¹⁵ KÖNEN 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9837.

¹¹⁶ Vgl. HERBERT 2002, S. 47.

¹¹⁷ HAMMER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9834.

¹¹⁸ Ebd.

Die Einsicht der Eltern sei also notwendig und garantiere Erfolg, wenn sie daraufhin ihre Kinder einer Behandlung zuführten: „Auf dieser Basis des Belehrens beruht der Erfolg einer Fürsorge für Körperbehinderte in der westlichen Welt, der bekanntlich ganz ausgezeichnet ist, - ohne Meldepflicht.“¹¹⁹ Dort sei es der „Typ des Lehrers“ und nicht der „Typ des Polizeisergeanten“¹²⁰, der in der Lage sei, durch Beratung Einsicht herbeizuführen. In diesen und den folgenden Äußerungen wird deutlich, wie sehr die Bundesrepublik Deutschland den Anschluss an die westliche Demokratie suchte und darum rang, die Vergangenheit hinter sich zu lassen. Der Abgeordnete Hammer stellte sogar die Frage, ob man derartige Eingriffe wie eine Meldung behinderter Menschen in einem demokratischen Staat überhaupt vornehmen dürfe?¹²¹ Eine in einer Demokratie vertretbare Meldepflicht für Seuchen sei grundsätzlich etwas anderes, da hier das Persönlichkeitsrecht hinter dem Schutz der Allgemeinheit anstehe. Dieser Sonderfall liege allerdings bei einer Körperbehinderung nicht vor.¹²² Damit gäbe es keine Legitimation einer Meldepflicht für behinderte Kinder. Er verlieh seinen Äußerungen Nachdruck und zeigte dabei die Anstrengungen um einen Anschluss an die westliche Demokratie:

„Die Meldepflicht bedeutet, daß Sie in Deutschland Methoden einführen, die es nur zwischen dem Obersalzberg und Moskau gibt. Im Westen gibt es keine Meldepflicht. (Beifall bei der FDP.) Die Meldepflicht bedeutet, daß Sie die Basis der Demokratie verlassen, den Respekt vor der Freiheit aufgeben. In diesem Fall würden Sie ohne Grund so handeln; denn die Bekämpfung der Schäden, [...] wird ohne die Meldepflicht bessere Resultate zeitigen.“¹²³

Auch andere Mediziner waren der Ansicht, dass eine Meldepflicht für Behinderte in sensible Lebensbereiche eingreife. Der ärztliche Bundestagsabgeordnete der CDU/CSU Dr. Siegfried Moerchel wies in seiner Begründung ebenfalls darauf hin: „Ich bin deshalb der Auffassung, daß die Meldepflicht in das Recht der Persönlichkeit, in die persönlichste Sphäre und in ein Recht eingreift,“ in das „wir

¹¹⁹ HAMMER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9834.

¹²⁰ Ebd.

¹²¹ Vgl. ebd., S. 9833.

¹²² Vgl. ebd., S. 9834.

¹²³ Ebd., S. 9835.

uns nicht begeben dürfen: in das Recht der Eltern.“¹²⁴ Er erinnerte auch an psychologische Auswirkungen, wenn Menschen aufgrund einer Behinderung mit Namen und Wohnort in einem „Gesundheitskataster“ einer Behörde gemeldet würden. Ein lebenslanges Stigma würde dadurch an ihnen haften.¹²⁵ Die Wichtigkeit der Belehrung durch den Arzt und mittels eines Merkblatts über die Rechte des körperbehinderten Patienten, zur „Steigerung der Eigenverantwortlichkeit“, betonte er¹²⁶. In dem Fall, dass zum Nachteil der Kinder die Sorgeberechtigten ihre Pflicht nicht erfüllten, sei ein gesetzlicher Schutz der Kinder durch eine Meldepflicht aber angezeigt.¹²⁷ Im selben Sinn äußerte sich Willy Könen und hob dabei das Recht des Kindes nach § 1 Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, „innerhalb unserer Gesellschaft anständig erzogen zu werden, gesund zu sein und so zu leben, wie es in der Gemeinschaft möglich ist[.]“¹²⁸, als ein höheres Rechtsgut gegenüber dem Persönlichkeitsrecht hervor. Es gelte, wie Dr. Willy Reichstein ausführte, „gegenüber unvernünftigen Eltern“ das Recht des Kindes zu schützen, um „die notwendige Behandlung unter allen Umständen zu bekommen.“¹²⁹ Zu diesem Zweck und mit dieser Einschränkung sei eine Meldepflicht für behinderte Kinder notwendig. Die folgende Rede des nichtärztlichen Abgeordneten Willy Könen wurde in den *Ärztlichen Mitteilungen* nicht publiziert. Herr Könen wünschte sich eine sachliche Debatte innerhalb der Ärzteschaft und sprach sich gegen „hysterische Wutausbrüche“ in Fachzeitschriften aus. In seinem Beitrag klingt an, wie verfahren die Auseinandersetzung im Vorfeld wohl abgelaufen sein musste:

„Wir wollen, dass ein Material zusammengebracht werden kann, das dazu dienen soll, einem Menschen zu helfen. Das Anliegen des Gesetzes, das von der Meldepflicht der Erwachsenen ausgegangen ist, hat sich in diesem Punkte nicht durchsetzen können, wohl in der Ausschlußfassung. Aber da wir keine Lust dazu haben, gegen Betonmauern anzurennen, und da wir wissen, daß es beachtliche Argumente gibt, die gegen die Meldepflicht der

¹²⁴ MOERCHEL 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9835.

¹²⁵ Ebd.

¹²⁶ Ebd., S.9836.

¹²⁷ Vgl. ebd, S. 9835.

¹²⁸ KÖNEN 1956, ebd., S. 9837.

¹²⁹ Vgl. MOERCHEL 1956, ebd., S. 9836.

Erwachsenen sprechen, hat sich unsere Fraktion auf eine Meldepflicht für Minderjährige [...] beschränkt.“¹³⁰

Dass man sich so ausführlich Gedanken über die Meldevorschriften mache, ehre jedoch hier alle miteinander.¹³¹ Er wies besonders darauf hin, dass das Gesetz nicht nur ärztliche Maßnahmen umfasse, sondern das Ineinandergreifen verschiedener Maßnahmen von Arbeitsamt, Fürsorge und Ärzten benötige, „um einen körperbehinderten Menschen erwerbsfähig, berufsfähig zu machen[...]“.¹³² Für dieses Ziel sei die Anlage von Akten unumgänglich, wenngleich auch der Datenschutz angebracht sei: „Es liegt an uns, dafür zu sorgen, daß man den Inhalt der Akten nicht am andern Morgen in der Zeitung lesen kann.“¹³³ Auch die nachfolgende Ausführung von Maria Niggemeyer wurde, als nichtärztlicher Beitrag, den Lesern der *Ärztlichen Mitteilungen* nicht übermittelt. Sie verteidigte die Ausschussfassung, die unter anderem auch die Meldung von körperbehinderten Erwachsenen vorsah, und betonte zuerst, das Gesetz werde nicht für Ärzte oder Institutionen, sondern für Hilfsbedürftige in großer Not geschaffen und der Ausschuss habe die Fassung einstimmig angenommen, was selten vorkomme.¹³⁴ Nach ihrer Meinung sei die Meldepflicht nur vorübergehend notwendig und müsste vielleicht in der Praxis gar nicht angewendet werden, wenn andere Belehrungsmaßnahmen greifen würden und

„vielleicht auch die Mutter, die aus mißverstandener Kindesliebe ihr Kind bisher nicht zur Behandlung brachte, dann doch kommt. Aber bis dies wirksam werden kann, glaubten wir, selbst mit dieser ominösen Meldepflicht das Pflichtbewußtsein und das Verantwortungsbewußtsein nicht nur des Arztes, sondern auch der anderen Personen, die wir mit diesem Gesetz in die Meldepflicht einbeziehen wollen, ansprechen zu können.“¹³⁵

Eine Meldepflicht für Erwachsene sah der Ausschuss deshalb vor, um auch ihnen schnelle Hilfe zu ermöglichen. Dabei bezog er sich insbesondere auf Erwachsene, die aufgrund von Polio gelähmt waren, auf Patienten mit Multipler Sklerose

¹³⁰ KÖNEN 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9837.

¹³¹ Ebd.

¹³² Ebd.

¹³³ Ebd., S. 9838.

¹³⁴ Vgl. NIGGEMEYER 1956, ebd.

¹³⁵ Ebd., S. 9839.

und auf Einwanderer aus östlichen Gebieten, die schwere Schädigungen aufgrund der mangelhaften und teils versäumten Fürsorge dort aufwiesen. Diese Gruppe stellte auch ein finanzielles Problem für die Allgemeinheit dar, da sie nach dem neuen Gesetz zum Empfang von umfangreichen Fürsorgeleistungen berechtigt wurde. Durch eine lückenlose Behandlung sollten diese Zuwendungen wo möglich reduziert werden. Denn man sah sich auch gegenüber dem Volk verpflichtet, „zu verhindern, daß Körperbehinderte der Allgemeinheit auf die Dauer, auf Lebenszeit zur Last fallen.“¹³⁶ So verteidigte Niggemeyer den Vorschlag des Ausschusses inklusive einer Meldepflicht auch für Erwachsene mit Behinderung und bat darum, alle eingebrachten Änderungen abzulehnen. Es kam auch der Vorwurf auf, Ärzte seien an dem Gesetz ohne Meldepflicht aus eigennützigen Gründen interessiert.¹³⁷ Die ärztlichen Abgeordneten dementierten dies und argumentierten, gerade sie könnten an einer Meldepflicht interessiert sein, wenn ihnen dann mehr Patienten zur Behandlung zugewiesen würden. Das seien sie aber nicht, sondern der Arzt sei einzig und allein aus Pflichtgefühl gegenüber seinen Patienten daran interessiert, da er Eingriffe in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient befürchte.¹³⁸ Auch sei die Einhaltung der Schweigepflicht für den Arzt eher Belastung als Vorteil und dennoch seine Pflicht gegenüber dem Patienten, was Hammer wie folgt klar stellte:

„[D]as Berufsgeheimnis liegt wie ein schweres bleiernes Gewicht auf den Lippen des Arztes. Der Arzt hat Geheimnisse zu tragen, die ungeheuer schwer sind. Wenn Sie diese Gewichte abnehmen, meinen Sie, Sie schädigten den Arzt damit?! Wenn Sie auf die Geheimhaltung verzichten, dann verletzen Sie die Interessen der Kranken, ohne deren Respektierung diese nicht leben können.“¹³⁹

Nach diesen Abwägungen wurde der § 3 des neuen Körperbehindertengesetzes mit der Beschränkung einer Meldepflicht auf Minderjährige bei Unterlassen einer notwendigen Behandlung und der Aushändigung eines amtlichen Merkblattes am

¹³⁶ NIGGEMEYER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9839.

¹³⁷ Vgl. ebd., S. 9838.

¹³⁸ Vgl. STEINBIß 1956, ebd., S. 9839.

¹³⁹ HAMMER 1956, ebd., S. 9840.

6. Dezember 1956 verabschiedet, was auch Beachtung in den *Ärztlichen Mitteilungen* fand. Eltern bzw. Sorgeberechtigte hatten die Pflicht, das Kind einem Arzt vorzustellen, wenn eine (drohende) Behinderung festgestellt wurde. Hebammen und anderes medizinisches Personal sowie Lehrer und Fürsorgerinnen hatten die Eltern auf ihre Vorstellungspflicht hinzuweisen. Weiter bestand die Meldepflicht für den Arzt an das Gesundheitsamt, falls Sorgeberechtigte dieser Pflicht nicht entsprachen. Ärzte hatten außerdem eine Beratungspflicht, die Sorgeberechtigten über Möglichkeiten und Notwendigkeit einer Behandlung aufzuklären. Sie waren ebenfalls für die Aushändigung eines amtlichen Merkblatts über Hilfsmöglichkeiten verantwortlich. Die Patienten waren dazu anzuhalten, unverzüglich eine Beratungsstelle beim Gesundheitsamt aufzusuchen. Bei Einverständnis der Sorgeberechtigten sollte der Arzt Meldung an das Gesundheitsamt erstatten. Zur Meldung an das Gesundheitsamt auch ohne Einwilligung verpflichtet war er dann, wenn Sorgeberechtigte eine notwendige Behandlung zum Nachteil des Kindes nicht einleiteten oder vernachlässigten. Mit einer Meldung in diesem Sonderfall waren Ärzte einverstanden. Eine wissenschaftliche Auswertung sollte die gesetzlich festgelegte Führung einer Kartei beim Gesundheitsamt über die durchgeführten Maßnahmen bei den einzelnen Personen gewährleisten.¹⁴⁰ Ein Auszug aus dem Bundestagsprotokoll der Bundestagsdebatte wurde einen Monat später abgedruckt und stellte das Kernstück der innerärztlichen Diskussion um eine Meldepflicht für behinderte Kinder dar. Das Gesetz trat am 27. Februar 1957 in Kraft. Wie es aufgenommen und umgesetzt wurde, blieb in den *Ärztlichen Mitteilungen* unerwähnt.

Ebenso lassen sich hier keine Hinweise finden, wie und warum es zu einer relevanten Änderung bezüglich der ärztlichen Meldepflicht für behinderte Kinder im Bundessozialhilfegesetz von 1961 kam. Nun hatten Sorgeberechtigte keine ausdrückliche Vorstellungspflicht mehr, sollten aber durch Hebammen, anderes medizinisches Personal sowie Angehörige von Erziehungsberufen dazu angehalten werden, ihr Kind bei einem Arzt oder beim Gesundheitsamt vorzustellen. Die Hinweispflicht für diese Berufe blieb bestehen, ebenso die Meldepflicht für

¹⁴⁰ Vgl. O.A. 1957, Körperbehindertengesetz vom 27.02.1957. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 5, 28. Februar, S. 147–148.

Minderjährige an das Gesundheitsamt, wenn die Eltern ihr Kind trotz wiederholter Aufforderung nicht beim Gesundheitsamt oder Arzt vorstellten. Aus einer Beratungspflicht der Ärzte wurde eine Beratungsaufgabe und sie sollten weiter das amtliche Merkblatt mit Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten aushändigen. Für Ärzte entfiel die Meldepflicht: Mediziner hatten nun das Recht, auch ohne Einwilligung des Gesundheitsamts zu benachrichtigen, wenn Sorgeberechtigte das Kind keiner geeigneten Behandlung zuführten. Im Entwurf und der Fassung des Ausschusses für öffentliche Fürsorge war jedoch eine Meldepflicht für diesen Fall vorgesehen gewesen.¹⁴¹ Ein entsprechender Abänderungsantrag der Fraktion kam – wie schon 1956 – aus den Reihen der FDP und wurde durch den nichtärztlichen Abgeordneten Kurt Spitzmüller (FDP) in der 158. Plenarsitzung des 3. Deutschen Bundestags im Mai 1961 begründet: Die Änderung der ärztlichen Beratungspflicht in eine Beratungsaufgabe sei eine Klarstellung im Sinne einer verbesserten Anwendung des Gesetzes, denn „[e]s handelt sich darum, daß die Ärzte nicht die Pflicht haben, sondern die Aufgabe, dies zu tun.“¹⁴² Der Abgeordnete Willy Könen (SPD) zeigte sich überrascht über diese Wandlung seitens der FDP und auch der CDU/CSU. Er argumentierte in einer knappen Gegenrede wider den Änderungsvorschlag, der Arzt habe in manchen Fällen eben „das durchzuführen, was im Interesse der Menschen durchgeführt werden muß, denen hier Hilfe gewährt werden soll.“¹⁴³ Wenn Kollege Spitzmüller hier so rede, dann stelle er „nicht etwas klar, sondern [...] etwas auf den Kopf“¹⁴⁴. Man solle sich darauf besinnen, dass man erst vor wenigen Jahren mit guten Argumenten ein Gesetz geschaffen hätte, dem dasselbe Hohe Haus zugestimmt habe.¹⁴⁵ Eine weitere Diskussion entstand nicht und die Mehrheit stimmte für diesen § 117 in geänderter Fassung. Es erstaunt, dass hier eine gravierende Änderung, über die 1957 noch lange diskutiert wurde, nun ohne intensive Auseinandersetzung herbeigeführt wurde. Denn dieser Änderungsvorschlag enthielt neben der Beratungsaufgabe statt Beratungspflicht auch ein Melderecht für den Arzt im Falle von Unterlassung einer notwendigen

¹⁴¹ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1960, Schriftlicher Bericht, Drucksache 3/2673, S. 60.

¹⁴² SPITZMÜLLER 1961, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll Nr. 3/158 (4.5.1961), S. 9081.

¹⁴³ KÖNEN 1961, ebd., S. 9082.

¹⁴⁴ Ebd.

¹⁴⁵ Ebd.

Behandlung bei einem Minderjährigen, wo bisher eine Meldepflicht gesetzlich verankert gewesen war. Genau dieser Vorschlag eines Melderechts für Ärzte anstelle einer Meldepflicht (Umdruck 863)¹⁴⁶ war 1957 mit einhelliger Begründung abgelehnt worden, wurde jetzt aber völlig kommentarlos verabschiedet. Der Bundestag ging wohl davon aus, dass dieses Gesetz die Mitarbeit der Ärzteschaft eher förderte und das Ziel, eine frühzeitige und umfassende Rehabilitation einzuleiten, auf diese Weise eher erreicht würde. Möglicherweise maß man dem Gesetz auch keine so große Bedeutung bei, da der Abschnitt 12 BSHG laut § 123 nur vorläufigen Charakter haben sollte. Die Geltung der Sonderbestimmungen „bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung“ war deshalb zustande gekommen, weil der Inhalt des Abschnitts 12 nicht in das Sozialrecht, sondern in das Gesundheitsrecht fiel. Nähere Bestimmungen sollten durch das damals schon in Vorbereitung befindliche „Gesundheitshilfegesetz“ geregelt werden, das allerdings nie zu Stande kam. Ursächlich war die mangelnde Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Angelegenheiten der öffentlichen Fürsorge und Bemühungen um deren Erweiterung schlugen fehl.¹⁴⁷

Bezüglich des Umgangs mit der nationalsozialistischen Vergangenheit befand sich Deutschland in den 1950er Jahren in einer Phase der Abwehr von Kollektivschuldvorwürfen aus dem Ausland¹⁴⁸ und es gab außer der Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses kaum intensive Auseinandersetzungen über die NS-Verbrechen der deutschen Ärzte. Nicht zuletzt kann dies darauf zurückgeführt werden, dass diese teilweise selbst an den Gräueltaten beteiligt gewesen waren.¹⁴⁹ Thomas Gerst beschrieb diese Phase des Umgangs von Ärzten mit der NS-Vergangenheit folgendermaßen:

„Die ehrliche Erschütterung der unmittelbaren Nachkriegszeit über das ganze Ausmaß der nationalsozialistischen Greueltaten war allgemein abgelöst worden durch einen Prozeß der Verdrängung, der die Frage nach der schuldhaften Verstrickung eines jeden einzelnen beiseite schob.“¹⁵⁰

¹⁴⁶ Vgl. HAMMER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll Nr. 2/177 (6.12.1956), S. 9835.

¹⁴⁷ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung der Bundesregierung über den Erfolg von Abschnitt 12 BSHG, Drucksache 7/654, S.6.

¹⁴⁸ Vgl. FRIEDMANN & SPÄTER 2002, S. 85.

¹⁴⁹ Vgl. JÜTTE u. a. 2011, S. 312.

¹⁵⁰ GERST 1994, Dtsch Arztebl, Heft 22/23, S. A-1621.

Dieser Umgang mit der Vergangenheit ist auch in der Bundestagsdebatte um die Meldepflicht für behinderte Kinder von 1956 sichtbar. Hier wurde, wie bereits dargestellt, am Rande Bezug auf die Vergangenheit der Zwangssterilisationen genommen, jedoch wurde die Erwähnung auch sogleich abgelehnt, denn man solle die Verbrechen, die keiner wiederholt sehen wolle, auch hier nicht thematisieren.

Am meisten fürchtete der ärztliche Stand ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu seinen Patienten. Dieses war nach Bekanntwerden der NS-Medizinverbrechen durch Ärzte tief erschüttert worden.¹⁵¹ War die Medizin zuvor „Hüterin der Menschlichkeit“ gewesen und der Arzt derjenige, der zum Schutz der Kranken und Schwächsten ausgebildet und verpflichtet war, so war er nun zum Verräter gerade dieser ihm Anvertrauten geworden. Verschärft wurde das Misstrauen in die Ärzteschaft durch den Nürnberger Ärzteprozess 1946/1947, der ein bis dahin nicht bekanntes Ausmaß der stattgefundenen „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ in Form von (pseudo-) medizinischen Versuchen an Menschen und systematische Tötungsaktionen zu Tage förderte. In der Berichterstattung um diesen Prozess waren die Ärztekammern bemüht, eine Kollektivschuld aller Ärzte abzuwenden¹⁵² und zeigten damit ein für diese Phase der Vergangenheitsbewältigung typisches Verhalten. Dennoch mussten alle Ärzte angesichts dieser nun öffentlich bekannten Taten erneut das Vertrauen ihrer Patienten gewinnen. Dies kann erklären, weshalb es dem Arzt nun so wichtig wurde, dem Patienten unter seiner Obhut die neu deklarierten demokratischen Rechte zu garantieren.

Seit dem Beginn der 1950er Jahre gab es in vielen Gesellschaftsbereichen eine zunehmende Orientierung an westlichen Vorbildern. Auch Normen und Werte wurden aus den USA auf die westdeutsche Gesellschaft übertragen.¹⁵³

¹⁵¹ Vgl. GERST 1994, Dtsch Arztebl, Heft 22/23, S. A-1606.

¹⁵² Ebd., S. A-1608.

¹⁵³ Vgl. HERBERT 2002, S. 33.

Gleichzeitig begann ein Demokratiediskurs, der im Verlauf zahlreiche Reformdebatten auslöste.¹⁵⁴ Die starke Ablehnung der deutschen Ärzteschaft gegenüber Meldepflichten und die Einordnung einer Meldepflicht als antidemokratisch fallen in diese Phase der politischen und kulturellen Westorientierung und Demokratisierung. In der Debatte des Deutschen Bundestags weisen Formulierungen wie „[i]m Westen gibt es keine Meldepflicht!“¹⁵⁵ darauf hin, sowie die Aussage, dass der Lehrer und nicht der Polizist für den guten Erfolg der Fürsorge in westlichen Nationen verantwortlich sei:¹⁵⁶ „Solange dieser Typ des Lehrers unsere Welt gestaltet sind wir Demokraten; wenn wir damit aufhören, sind wir keine Demokraten mehr.“¹⁵⁷ Auf der Basis der Demokratie sah die Ärzteschaft Freiheit, Persönlichkeitsrecht, ärztliche Schweigepflicht und das grundgesetzlich festgelegte Recht auf Unversehrtheit garantiert. Ärzte fühlten sich beauftragt, die Rechte des Patienten und das vertrauensvolle Arzt-/ Patientenverhältnis zu schützen, sahen jedoch in einer Meldepflicht einen Übergriff des Staates. Insofern verwundert dieser Widerstand nicht. Um auch unter Wahrung der demokratischen Rechte eine Lösung des Konflikts herbeizuführen setzten sie auf Information, Aufklärung, Eigenverantwortung und Eigeninitiative.

Zusammenfassend lässt sich für den Diskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder im Zeitraum von 1951 bis 1963 festhalten: Der Auslöser für das 1951 geforderte, bundeseinheitlichen Fürsorgegesetz war die gestiegene Zahl an Menschen mit Behinderung und infolgedessen die Forderung von Fürsorgeverbänden, zur Versorgung dieser Gruppe politisch aktiv zu werden.¹⁵⁸ Die Meldepflicht wurde dabei als Kernstück bezeichnet, das die Durchsetzung und den Erfolg der kostspieligen Bemühungen garantieren sollte.¹⁵⁹ Die Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung war immer noch vom Nützlichkeitsgedanken geprägt, den die Nationalsozialisten verschärft hatten. Wohl wurde

¹⁵⁴ Vgl. SCHEIBE 2002, S.247.

¹⁵⁵ HAMMER 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9835.

¹⁵⁶ Vgl. Ebd., S.9834.

¹⁵⁷ Ebd., S. 9835.

¹⁵⁸ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1953, Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorge für Körperbehinderte, Drucksache 2/1594, S. 8.

¹⁵⁹ Vgl. MOERCHEL 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9835.

dieser nun unter rechtsstaatliche und demokratische Prinzipien gestellt¹⁶⁰ und es fand eine Umkodierung statt – jetzt galt Arbeitsbefähigung als Hilfe für den Behinderten, dessen „sinnloses“ Leben durch Erwerb neues Lebensglück erhalten sollte. Aus volkswirtschaftlichen Aspekten sah sich der Gesetzgeber gegenüber der Allgemeinheit zu einer möglichst effektiven Umsetzung der Bestimmungen verpflichtet.¹⁶¹ Je früher Behinderungen erkannt und behandelt wurden, desto größer waren die Chancen, dass ein Mensch mit Behinderung später seinen Lebensunterhalt selbst erwerben könnte. Da häufig behandelbare Behinderungen zu spät diagnostiziert wurden, forderten einige Gruppen eine Meldepflicht für behinderte Kinder.¹⁶² Durch die geplante Meldepflicht entstand für den Arzt ein Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht und sie fürchteten einen Übergriff auf das vertrauensvolle Arzt-/Patientenverhältnis. Ärzte fühlten sich gegenüber ihren Patienten beauftragt, die demokratischen Werte des Persönlichkeits- und Elternrechts zu wahren und die Freiheit des Einzelnen zu garantieren.¹⁶³ Ärzte sahen die notwendige Früherkennung von Behinderungen nicht durch eine Meldepflicht gesichert, sondern durch Förderung von Information, Einsicht und Eigeninitiative der Betroffenen. So waren sie zuversichtlich, dass nach dem Vorbild des Westens, insbesondere der USA, auch ohne Meldepflicht in Deutschland eine funktionierende Rehabilitationsstruktur aufzubauen sei.¹⁶⁴ In die Argumentation mischte sich auch das Bestreben, die nationalsozialistische Vergangenheit des ärztlichen Standes hinter sich zu lassen. Das Vertrauen in die neue Demokratie schien groß und es gab zu dieser Zeit wenig Bedenken ärztlicherseits gegenüber eines möglichen Missbrauchs einer Meldepflicht.¹⁶⁵ Das extreme Bemühen um eine gute Arzt-/Patientenbeziehung und die Position der Ärzteschaft als Anwalt seiner Patienten kann als Reaktion auf das durch öffentlich gewordene NS-Medizinverbrechen erschütterte Vertrauen in die Ärzteschaft gedeutet werden. Das insgesamt am häufigsten vorgebrachte Argument gegen eine Meldepflicht, nämlich sie könnte

¹⁶⁰ Vgl. Bösl 2009, S. 18f.

¹⁶¹ Vgl. Niggemeyer 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9839.

¹⁶² Vgl. o.A. 1951, Arztl Mitt, Heft 13, S. 188.

¹⁶³ Vgl. Hammer 1956, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9834.

¹⁶⁴ Vgl. ebd.

¹⁶⁵ Vgl. Könen 1956, ebd., S. 9837.

das Vertrauensverhältnis des Arztes zu seinem Patienten stören und damit eine Therapie erschweren oder gar unmöglich machen, wurde im Verlauf zum zentralsten Argument der gesamten Debatte. Dass die Meldepflicht – anders als im Gesetzentwurf und in der Ausschussfassung vorgesehen – deutlich eingeschränkt wurde, kann für das Körperbehindertengesetz von 1957 auf den starken Widerstand der Ärzteschaft, vertreten durch kollegiale Abgeordnete im Deutschen Bundestag, zurückgeführt werden.¹⁶⁶ So wurde die Meldepflicht auf Minderjährige im Fall von fahrlässiger Unterlassung einer notwendigen Behandlung begrenzt. Nach den vorgestellten ausführlichen und hitzigen Erörterungen um dieses Gesetz erstaunt es umso mehr, dass der nächste Bundestag schon 1961 im Zuge der Verabschiedung des Bundessozialhilfegesetzes scheinbar fast widerstandslos dem Vorschlag der Fraktion der FDP folgend die Meldepflicht für behinderte Kinder in ein Melderecht umwandelte. Hier waren in der kurzen Diskussion keine ärztlichen Abgeordneten beteiligt.¹⁶⁷ Auch die *Ärztlichen Mitteilungen* berichteten weder über eine Auseinandersetzung noch über die Gesetzesänderung, insgesamt schien kaum Interesse daran zu bestehen. Vielleicht deshalb, weil schon ein neues „Gesundheitshilfegesetz“ in Arbeit war, das diese Bestimmungen bald ablösen sollte – allerdings wurde dieses nie erlassen.¹⁶⁸ Sicherlich bemerkte man den Einfluss anhaltenden ärztlichen Widerstands und hoffte, durch diese Umformulierung die notwendige Zustimmung zur Mitarbeit der Ärzte zu erreichen, die für den Erfolg des Gesetzes unabdingbar schien. Nach vielen guten Vorsätzen das Körperbehindertengesetz auch zum Ziel zu führen, blieb Gegenstand der Diskussion vieler folgender Jahre.

¹⁶⁶ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1956, Plenarprotokoll 2/177 (6.12.1956), S. 9832-42.

¹⁶⁷ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1961, Plenarprotokoll 3/158 (4.5.1961), S. 9081f.

¹⁶⁸ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung der Bundesregierung über den Erfolg von Abschnitt 12 BSHG, Drucksache 7/654, S.6.

4.2 Der Planungsgedanke in der Rehabilitationspolitik und die Bemühungen der Ärzteschaft um Kompromisse zur Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient (1963 bis 1970)

Der Hauptdiskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder fand in den *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. im *Deutschen Ärzteblatt* von 1966 bis 1974 statt und hatte eine Vorlaufphase ab 1963. Allgemein nahmen Politik und Gesellschaft wahr, dass Rehabilitationsmöglichkeiten für Kinder mit Behinderung fast überall noch völlig unzureichend waren.¹⁶⁹ Genaue Zahlen über Menschen mit Behinderung wurden gefordert, um den Bedarf an Einrichtungen planen zu können. Während sich die meisten Ärzte weiter vehement gegen eine Meldepflicht aussprachen, mussten sie sich zunehmender Kritik stellen. Ihnen wurde vorgeworfen, die Planung neuer Einrichtungen durch ihre ablehnende Haltung gegenüber einer Meldepflicht zu behindern. Ärztliche Standesvertreter sahen den Erfolg nicht in besserer Erfassung und Planung, sondern in der Beseitigung von bereits bekannten Missständen und Aufklärung der Bevölkerung. Zur Umsetzung machten sie konstruktive Vorschläge. Manche Ärzte, insbesondere Orthopäden, sprachen sich aber auch für eine Meldepflicht aus, sodass es auch innerärztlich zu einer Auseinandersetzung im *Deutschen Ärzteblatt* kam. In diesem Unterkapitel wird die Diskursphase von 1963 bis 1970 nachgezeichnet und daraufhin untersucht, wie sich die Argumentation gegenüber der ersten Phase der Debatte veränderte, ob gesellschaftspolitische Ereignisse den Diskurs beeinflussten und was Ärzte durch ihren Widerstand gegen die Meldepflicht erreichten.

Das am 30. Juni 1961 verabschiedete Bundessozialhilfegesetz verpflichtete die Ärzte nicht mehr zu einer Meldung von behinderten Kindern, sondern hielt diese dazu an, ihrer Beratungs- und Informationsaufgabe nachzukommen und räumte das Recht zur Meldung eines durch Fahrlässigkeit nicht behandelten Kindes ein. Diese Entscheidung wurde schon 1963 wieder angegriffen. In der Fragestunde des Deutschen Bundestags erkundigte sich der Bundestagsabgeordnete Dr.

¹⁶⁹ Vgl. O.A. 1971: „Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören“. In: Der Spiegel, Nr. 13, S. 57.

med. Horst Schmidt (SPD) nach der Anzahl der spastisch gelähmten Kinder in der Bundesrepublik Deutschland und den Maßnahmen der Regierung zur Früherfassung und Einrichtung von Behandlungszentren.¹⁷⁰ Das brachte erneut eine Auseinandersetzung um die Meldepflicht in Gang, jetzt unter dem Vorzeichen der Bedarfsplanung. Die Bundesregierung wollte allen Kindern eine frühzeitige Behandlung gewährleisten, musste dafür aber unter erheblichem finanziellem Aufwand neue Institutionen schaffen. Deshalb wünschte man sich genaue Zahlen der zu erwartenden Nachfrage, um rechtzeitig bedarfsgerechte Einrichtungen schaffen zu können. In seiner Antwort wies der Bundesinnenminister darauf hin, die Bundesregierung habe keine gesetzliche Grundlage zur Erfassung von Kindern mit Behinderung, das Körperbehindertengesetz von 1957, welches eine lückenlose und frühzeitige Registrierung ermöglicht hätte, sei bekanntlich vom Bundestag in dieser Fassung abgelehnt worden.¹⁷¹ Die erneute Brisanz des Themas war dabei auch ein Stück weit eine Reaktion auf die Contergan-Katastrophe: es werde „nicht zuletzt angesichts der in jüngster Zeit beobachteten Häufung von angeborenen Mißbildungen erneut zu prüfen sein, ob es angezeigt wäre, eine Verpflichtung zur Meldung behinderter Kinder bundesrechtlich festzulegen.“¹⁷²

Das rezeptfreie Beruhigungs- und Schlafmittel Contergan wurde im Oktober 1957 auf dem deutschen Markt eingeführt und galt als ungiftiges, nebenwirkungsarmes und damit völlig ungefährliches Medikament. Es wurde so sicher eingestuft, da sein Wirkstoff Thalidomid keine Suchtwirkung aufwies und nicht wie andere Schlafmedikamente in suizidaler Absicht zu verwenden war. In den gängigen Arzneimittelprüfungen waren keine Nebenwirkungen aufgetreten, sodass es auch explizit Schwangeren zur Einnahme empfohlen wurde. Erste Hinweise auf teratogene Wirkungen wurden ignoriert, sodass der Hersteller Grünenthal GmbH das Medikament erst im November 1961 wieder vom Markt nahm.¹⁷³ Die Reaktion kam zu spät für etwa 4000 bis 5000 Kinder, die insgesamt bis

¹⁷⁰ Vgl. O.A. 1963, Arztl Mitt, Heft 2, S. 55.

¹⁷¹ Vgl. ebd.

¹⁷² Ebd.

¹⁷³ Vgl. BöSL 2009, S. 227.

September 1962 mit vorgeburtlichen Thalidomidschäden geboren wurden, wovon weniger als 3000 die ersten zwölf Lebenswochen überlebten.¹⁷⁴ Diese Tatsache verlieh der Hilfe für Kinder mit Behinderung eine neue Dringlichkeit, wie Bundesministerin Dr. Elisabeth Schwarzhaupt in ihrer Rede zum Kongress über Fragen der behinderten Kinder im Juni 1964 in Köln verdeutlichte.¹⁷⁵ Angesichts dieser Katastrophe wurde gefragt, ob sie nicht durch eine grundsätzliche Meldung von Missbildungsfällen hätte verhindert werden können. Dieser Behauptung widersprachen Ärzte: Die Missbildungen hätten zu diesem Zweck weit differenzierter aufgeschlüsselt werden müssen als es damals üblich war, zumal man zu diesem Zeitpunkt die theoretische Möglichkeit einer Schädigung durch teratogene Substanzen überhaupt nicht in Betracht gezogen hätte. Außerdem dauere die Veröffentlichung der Statistiken sehr lange, sodass ein Verdacht auf dieser Grundlage erst etwa 1,5 Jahre nach dem Rückzug des Medikaments vom Markt erhärtet worden wäre.¹⁷⁶ Das *Deutsche Ärzteblatt* schrieb dazu später:

„Diese Darlegungen wurden bisher, soweit bekannt, von keiner Seite widerlegt. Das hindert offenbar aber den Staatssekretär [des Bundesgesundheitsministeriums, Prof. Dr. med. von Manger-Koenig, K.K.] nicht, das gewiß besonders publikumswirksame Contergan-Argument der Öffentlichkeit erneut als Begründung für seine administrativen Vorstellungen vorzutragen. Sollte er tatsächlich glauben, die damit auszulösenden Emotionen, zusätzlich noch mit der Autorität seines Amtes untermauert, seien das Vehikel für die Durchsetzung bestimmter politischer Interessen?“¹⁷⁷

Dieser Meinung schloss sich auch der Arzt und Psychiater Thomas Regau an, dessen Diskussionsbeitrag im April 1966 in *Die Zeit* veröffentlicht wurde:

„Die Diskussion, die um die geplante gesetzliche Meldepflicht körperlich oder geistig behinderter Kinder entbrannt ist, zeigt wieder einmal, mit welchen Emotionen (statt Informationen) und mit welchen Denkfehlern hierzulande argumentiert werden kann. Der Psychologe hat den Verdacht, daß den meisten Diskutanten die Thalidomid- („Contergan“)-Katastrophe noch in den

¹⁷⁴ Vgl. Bösl 2009, S. 230.

¹⁷⁵ Vgl. BUNDESAUSSCHUß FÜR GESUNDEITLICHE VOLKSBELEHRUNG E.V. (Hrsg.) 1966, S. 9f.

¹⁷⁶ Vgl. VOGT 1966, Dtsch Arztebl, Heft 40, S. 2303.

¹⁷⁷ DÄ 1967, Dtsch Arztebl, Heft 45, S. 2390.

Knochen sitzt und daß sich manche Amtspersonen mit dem Aufbau einer exakten Kartei nur ein vorsorgliches Entlastungszeugnis für künftige Fälle schaffen wollen.“¹⁷⁸

Erstaunlicherweise wurde die Meldepflicht in den *Ärztlichen Mitteilungen* in Verbindung mit der Aufdeckung des Contergan-Skandals zu Beginn der 1960er Jahre überhaupt nicht diskutiert. Dies geschah erst ab 1966 und besonders intensiv 1968, als auch der Hauptprozess um den Contergan-Skandal die Öffentlichkeit beschäftigte. Hier wurde ebenfalls der öffentlichkeitswirksame Aspekt der Contergan-Katastrophe ausgenutzt und ein neues „Contergan-Argument“ geboren: Als Beweis gegen die Zweckmäßigkeit einer Meldepflicht zur Verbesserung der Fürsorge wurde auf die zwar lückenlos bekannten und registrierten „Contergan-Kinder“ verwiesen, die trotzdem immer noch nicht die notwendigen Hilfen erhielten.¹⁷⁹ Damit wollten Ärzte auf die Missstände hinweisen, die nicht aufgrund fehlender Erfassung existierten, sondern in ihren Augen andere Ursachen hatten.

Den Auftakt für eine intensive Diskussion im *Deutschen Ärzteblatt* über die Meldepflicht für behinderte Kinder bildet der Bericht über die Konferenz der Minister im November 1965. Hier wird der Vorschlag des Berliner Senators Dr. med. Gerhart Habenicht erwähnt, im Zuge der anstehenden zweiten Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes eine „Meldepflicht für Körperbehinderte mit allgemeinen Mißbildungen“ einzuführen. Der niedersächsische Sozialminister Kurt Partzsch (SPD) führte den Vorschlag aus. Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete von der Empörung der Ärzteschaft darüber:

„Minister Partzsch stellte klar, daß damit keineswegs ein Behandlungszwang oder die Einführung genereller staatlicher Maßnahmen in solchen Fällen angestrebt werde. Vielmehr sei beabsichtigt, Kinder mit Mißbildungen rechtzeitig ‚zu erfassen‘ und die Eltern auf die Möglichkeiten der staatlichen Hilfe wirksam genug hinzuweisen. Auf die Frage der Vertreterin des ‚Deutschen Ärzteblattes‘, wem denn diese Meldepflicht auferlegt werden solle, wurde erklärt, daß selbstverständlich hierfür die behandelnden Ärzte

¹⁷⁸ REGAU 1966: Wider den Eifer der Medizinal-Bürokraten – Sollen die Eltern gezwungen werden, ihre geistig oder körperlich behinderten Kinder zu melden?. In: DIE ZEIT, Nr. 14, S. 67.

¹⁷⁹ Vgl. BÄK 1968, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1176; DÄ 1968, Dtsch Arztebl, Heft 41, S. 2224 und BÄK 1969, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 21.Mai, S. 1472.

in Frage kämen, aber auch die Hebammen und eventuell die Eltern selbst! Bedenken seitens der Ärzteschaft gegen dieses Vorhaben glaubt Minister Partzsch mit dem Angebot einer genügenden Honorierung zerstreuen zu können. (Es braucht wohl kaum angemerkt zu werden, daß zu gegebener Zeit hierzu noch einiges gesagt werden wird.)“¹⁸⁰

In der ersten Novelle zum Bundessozialhilfegesetz vom 31. August 1965 wurde dieser Vorschlag zur Erfassung von Kindern mit Behinderung allerdings nicht berücksichtigt und Abschnitt 12 blieb unverändert bestehen.¹⁸¹ Doch schon am 9. Dezember 1965 antwortete der Staatssekretär des Bundesinnenministeriums, Dr. Werner Ernst, auf Anfrage des Abgeordneten Dietrich Rollmann (CDU), in der Fragestunde des Deutschen Bundestags, die Regierung halte eine erneute Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für körperlich und geistig behinderte Kinder für angebracht. Zur Begründung nannte er die bessere Wirksamkeit einer frühen Hilfe für die Kinder und die Notwendigkeit, den Bedarf der kostspieligen Einrichtungen zu Planungszwecken im Voraus zu kennen. Für beide Zwecke sei eine gesetzliche Pflicht zur rechtzeitigen Meldung hilfreich und diese solle deshalb in der geplanten zweiten Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes verbessert werden. Der Abgeordnete Willy Könen (SPD), der auch schon an den vorausgehenden Debatten 1957 und 1961 teilgenommen hatte, wollte vom Bundesinnenminister versichert haben, dass dieser sich auch darum bemühen werde, die einzelnen Fraktionen vor der Abstimmung zu diesem Standpunkt zu bekehren. Er bezog sich dabei auf die schlechten Erfahrungen in der Debatte zum Bundessozialhilfegesetz 1961, in der sich zu seinem Erstaunen eine Kursänderung durchgesetzt hatte¹⁸²: das Resultat war die Abschaffung der Meldepflicht zugunsten eines Melderechts gewesen. Diese erneut entfachte Debatte veranlasste das *Deutsche Ärzteblatt*, einen ersten ausführlichen Artikel über die ärztliche Meldepflicht für missgebildete Kinder unter dem Titel „Zwang oder Einsicht – eine Stilfrage der Demokratie“ zu publizieren.¹⁸³ Über das notwendige Ziel, Kindern mit körperlicher oder geistiger Behinderung eine

¹⁸⁰ GRABEN 1965, Dtsch Arztebl, Heft 49, S. 2710.

¹⁸¹ Vgl. O.A. 1965: Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Bundessozialhilfegesetzes vom 31. August 1965. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 45, 4. September, S.1027f.

¹⁸² Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1965, Plenarprotokoll 5/12 (9.12.1965), S. 431f.

¹⁸³ Vgl. DÄ 1966, Dtsch Arztebl, Heft 3, S. 117-126.

schnelle Hilfe zu ermöglichen und den Bedarf an Einrichtungen zu planen, herrschte Einigkeit. Uneins war man darin, ob zum Erreichen dieses Ziels strengere Gesetze benötigt würden oder „ob die erst seit einigen Jahren eingeführten Regelungen bei konsequenter Anwendung nicht ohne solche Eingriffe in die Unverletzlichkeitssphäre der Persönlichkeit ausreich[t]en.“¹⁸⁴ Die geltenden Vorschriften, die das persönliche Vertrauensverhältnis zum Arzt respektierten, seien „das Ergebnis vorausgegangener, jahrelanger, teilweise heftiger Auseinandersetzungen mit den Anhängern einer schrankenlosen Meldepflicht.“¹⁸⁵ Die Argumentation enthielt gegenüber der Debatte zum Körperbehindertengesetz keine gänzlich neuen Darlegungen. Wieder wurde darauf hingewiesen, dass auch das Gesundheitsamt nach einer Meldung von Betroffenen nichts anderes unternehmen könne als der Arzt, da es genauso wenig gegen den Willen des Patienten oder den der Eltern behandeln könne. Aus diesem Grund sei die einzig wirksame Hilfe, vom Sinn der Behandlung zu überzeugen. Selbst zur Bedarfsplanung müsse man nur diejenigen registrieren, welche auch einer Behandlung zustimmen, da auch keiner gegen seinen Willen zum Besuch einer Einrichtung gezwungen würde. Bisherige Versäumnisse lägen nicht in mangelnder Erfassung, sondern in mangelhaftem Angebot der Fürsorge und Anstaltspflege. Dass eine rechtzeitige Behandlung verpasst wurde, sei nach den Erfahrungen von wissenschaftlichen Kongressen erfreulicherweise nur noch selten, die Tendenz weiter sinkend. Die Gründe für „verpasste Gelegenheiten“ wurden in „mangelnder Einsicht oder aus Resignation, aber auch aus falscher Scham oder wegen Verständnislosigkeit von Mitbürgern“ gesehen.¹⁸⁶ Der Artikel betonte deshalb die Verantwortung des Arztes, dem der Patient durch freie Arztwahl sein Vertrauen bekundet habe, Einsicht zu vermitteln und Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Müsste er nur einen Meldebogen ausfüllen, sei er aus seiner Verantwortung entlassen und habe durch seine „Anzeige“ das

¹⁸⁴ Vgl. DÄ 1966, Dtsch Arztebl, Heft 3, S. 117.

¹⁸⁵ Ebd., S. 118.

¹⁸⁶ Vgl. ebd., S. 126.

„Vertrauen der Mutter verloren“. ¹⁸⁷ Der Artikel erwähnt, Betroffene wollten nicht in Karteien erfasst werden:

„Es wäre eine schwere psychologische Belastung, wegen einer Hasenscharte, eines Klumpfußes, einer Wirbelsäulenverbiegung oder eines Hüftleidens für das ganze Leben mit Name und Anschrift in Listen registriert und damit auch amtlich zum Krüppel gestempelt zu sein. Die Behinderten können mit Recht erwarten, daß ihnen ausreichende Möglichkeiten geboten werden, wirksame ärztliche und andere Hilfe in Anspruch zu nehmen und daß ihnen dadurch der Weg zur Eingliederung in die Gemeinschaft geebnet wird. Ärztliche Meldepflicht für geistig und körperlich Behinderte bedeutet dagegen Anlegung von ‚Krüppellisten‘, die Einrichtung eines amtlichen Gesundheitskatasters, gegen den die Ärzte überall in der freien Welt stets eingetreten sind.“ ¹⁸⁸

Weiter hebt das *Deutsche Ärzteblatt* die geltende Vorschrift als Verdienst der ärztlichen Abgeordneten von 1957 hervor, die sich schon damals gegen den Vorwurf, damit ärztliche Interessen durchsetzen zu wollen, verteidigen mussten. Sie hätten sich als „Sachverwalter ihrer Patienten“ gefühlt, denn „[s]ie wußten zu gut, wieviel Unwägbares in den Beziehungen des Patienten zum Arzt und zu seiner Umwelt durch einen Meldezwang zerstört würde.“ ¹⁸⁹

Die Diskussion um die Meldepflicht für behinderte Kinder erregte inzwischen zunehmend öffentliche Aufmerksamkeit. So wurde am 10. Februar 1966 eine Pressekonferenz veranstaltet, auf welcher der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Ernst Fromm, und der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Josef Stockhausen, den ärztlichen Standpunkt gegen eine Meldepflicht für behinderte Kinder darlegten. Der Hamburger Landesarzt für Körperbehinderte und Chefarzt einer orthopädischen Abteilung Prof. Dr. Dr. Dr. Rupprecht Bernbeck vertrat die Befürworter einer Meldepflicht. Auf dieser Pressekonferenz wurde auch schon von dem Vorschlag der Ärzteschaft berichtet, alle Neugeborenen flächendeckend zu untersuchen und so ggf. notwendige Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten. ¹⁹⁰ Die Zeitungen *Die Welt*,

¹⁸⁷ Vgl. DÄ 1966, Dtsch Arztebl, Heft 3, S. 126.

¹⁸⁸ Ebd.

¹⁸⁹ Ebd.

¹⁹⁰ Vgl. o.A. 1966, Dtsch Arztebl, Heft 9, S. 550f.

Frankfurter Allgemeine und *Hamburger Abendblatt* berichteten darüber und Auszüge daraus druckte auch das *Deutsche Ärzteblatt* ab. Allerdings beschränkten sich die im *Deutschen Ärzteblatt* abgedruckten Ausschnitte nur auf den Standpunkt gegen eine Meldepflicht. Wie schon bei der Auswahl der Beiträge in der Bundestagsdebatte geschehen, ist auch hier ein selektives Vorgehen der Redaktion sichtbar.

Als Reaktion auf die Pressekonferenz findet sich die erste Stellungnahme aus dem Kollegium gegen eine Meldepflicht, die im *Deutschen Ärzteblatt* publiziert wurde. Während bisher die Debatte auf politischer Ebene ausgetragen wurde und sich hauptsächlich die Bundesärztekammer eingeschaltet hatte, begann ab jetzt auch die Diskussion von Ärzten innerhalb des Standesorgans. Angeregt wurde die Diskussion von PD Dr. V. Paeslack, indem er in einem Brief an den Vorsitzenden der Bundesärztekammer Dr. Ernst Fromm scharf kritisierte, die Bundesärztekammer stelle ihre Meinung contra Meldepflicht als Meinung des gesamten ärztlichen Standes dar, berichte unausgewogen und in manipulierender Wortwahl.¹⁹¹ Er plädierte für eine sachliche Diskussion innerhalb der Ärzteschaft und schlug sogar eine unabhängige Umfrage durch ein Meinungsforschungsinstitut vor. Gegen das Missbrauchspotential jeder Meldepflicht führte er an: „Es ist die Aufgabe der Glieder dieser Gesellschaft, einen solchen Missbrauch zu verhindern und entsprechende Versuche zu bekämpfen – haben Sie so wenig Vertrauen zu dieser unserer demokratischen Ordnung?“¹⁹² Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sah er durch eine Meldepflicht nicht gestört. Er hielt diese sogar von Vorteil für Ärzte, da sie hilfreich für die Ausschöpfung der vielfältigen Möglichkeiten zur Eingliederung in die Gesellschaft sei, die der einzelne Arzt gar nicht alle kennen könne. Hier sah er die Ärzte in der Verantwortung: „Es wäre m.E. ein Versagen der Ärzteschaft, wenn sie sich der hier gestellten Aufgabe entzöge.“¹⁹³ In seiner Antwort bezog Ernst Fromm Stellung zu dem Brief und nahm den Vorschlag an, eine freie Diskussion innerhalb des *Deutschen Ärzteblatts* zu fördern. Er verteidigte die dargestellte

¹⁹¹ Vgl. PAESLACK 1966, Dtsch Arztebl, Heft 19, S. 1278.

¹⁹² Ebd.

¹⁹³ Ebd., S. 1279.

Meinung nicht als seine eigene, „aus der Tiefe [seines] Gemütes“¹⁹⁴ bezogene Meinung, sondern als Standpunkt der demokratisch gewählten Standesvertretung und damit eines repräsentativen Teils der Deutschen Ärzteschaft. Mit Nachdruck wies er auf den, wie er meinte, Hauptargumentationsfehler hin: „Sie setzen nämlich [...] *Meldung* eines geistigen oder körperlichen Schadens mit großer Kühnheit mit faktischer *Hilfe* gleich.“¹⁹⁵ Es würde eine große Anzahl von Kindern angenommen, denen eine adäquate Behandlung durch ihre Eltern verwehrt würde und man suggeriere, nach gängigem Recht könne diesen Kindern keine Hilfe ermöglicht werden. In Wirklichkeit sei es aber der Normalfall, dass Eltern sich um ihre Kinder kümmern; sollten sie dies nicht tun, sei es dem Arzt mit dem gesetzlichen Melderecht auch bisher möglich, Meldung zu erstatten. Fromm hatte deshalb einen anderen Blickwinkel in der Diskussion:

„Es geht gar nicht so sehr um die Frage an die Ärzte, sondern mir scheint, daß hier eher eine Frage des Elternrechts zur Diskussion steht – mit den Auswirkungen, die eine Einschränkung des Elternrechts auf die Arzt/Patient-Beziehung haben kann. Mir graust nämlich bei dem Gedanken, Kinder behandeln zu sollen, wenn der Wille der Eltern weitgehend durch gesetzliche Maßnahmen eingeschränkt ist. Diese Gefahr sehe ich allerdings durchaus, ohne daß dabei die Staatsform der Demokratie umgestoßen werden müßte.“¹⁹⁶

Auch die Entschlieung des 69. Ärztetages 1966 wandte sich gegen diesen „Eingriff in die Persönlichkeitssphäre dieser Körperbehinderten und gleichzeitigen Versuch zur Schmälerung des Elternrechts.“¹⁹⁷ Um eine wirksamere Hilfe durch Früherkennung unter Wahrung des Vertrauensverhältnisses zu gewährleisten, schlugen die Vertreter der Ärzteschaft die Einführung von festen Vorsorgeuntersuchungen für Neugeborene und Kleinkinder vor.¹⁹⁸ Die Debatte der Leser im *Deutschen Ärzteblatt* hielt unterdessen an. Der Arzt und Vater eines Kindes mit Behinderung, Dr. H.v. Mallinckrodt, wendete sich ebenfalls in einem bestärkenden Schreiben an Fromm. Er äußerte seine Bedenken, dass die geplante Meldepflicht, anders als bei der Bekämpfung von Seuchen, nicht durch

¹⁹⁴ FROMM 1966, Dtsch Arztebl, Heft 19, S. 1279.

¹⁹⁵ Ebd., S. 1280.

¹⁹⁶ Ebd., S. 1281.

¹⁹⁷ BÄK 1966, Dtsch Arztebl, Heft 23, S. 1528.

¹⁹⁸ Vgl. ebd.

das Allgemeininteresse legitimiert werden könne, dafür aber die Nachteile einer jeden Meldepflicht aufweise, wenn keine Diskretion beim Arzt gesichert sei: „Nicht die Früh- sondern die Spätbehandlung mit den geringeren Erfolgsaussichten wird häufiger werden.“¹⁹⁹ Dies habe die Meldepflicht der Geschlechtskrankheiten gezeigt. Er gab außerdem zu bedenken, wie hoch die Verwaltungskosten der Ämter seien und dass diese Gelder deutlich sinnvoller in direkte Hilfe für karitative Einrichtungen investiert werden könnten. Auch der Leserbrief von Dr. Winfried Sander wendete sich gegen eine Meldepflicht und hob die „besondere gesellschaftspolitische Stellung“ des freien Arztes in einer freien Gesellschaft hervor. Der Arzt habe wohl einen öffentlichen Bezug und immer mehr eine sozialmedizinische Aufgabe, „[u]m aber im wohlverstandenen Interesse der Sozietät seinen individuellen Heilauftrag besser erfüllen zu können, [müsse] sich der Arzt gegebenenfalls gegen die direkten Ansprüche der Gesellschaft zur Wehr setzen.“²⁰⁰ Gegen die staatliche Kontrolle wandte er sich, regte aber einen finanziellen Anreiz staatlicherseits an, der die Ärzte zu mehr Eigeninitiative und sozialmedizinischem Engagement bewegen sollte. Wenn der Arzt frei sei und der individuellen Freiheit diene, „erfüll[e] er gleichzeitig in optimaler Weise seine sozialen Funktionen und öffentlichen Aufgaben.“²⁰¹

Das Hauptproblem sah nicht nur die Bundesärztekammer darin, „daß es für die vielen bekannten körperlich und geistig behinderten Kinder leider nicht genügend Einrichtungen und Personen [gab], die Hilfe bieten [konnten], und daß deshalb nicht genug getan werden [konnte].“²⁰² Immer wieder wurde im Verlauf des Diskurses um die Meldepflicht in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre auf diese Missstände in der staatlichen Umsetzung hingewiesen. So zeigte eine Fernsehsendung 1966, dass in der Bundesrepublik nur etwa die Hälfte der geistig behinderten Kinder überhaupt regelmäßig Schulunterricht erhielt. Es mangle an Sonderpädagogen, differenziertem Unterricht und Einrichtungen. Man habe laut Hessens Kultusminister Prof. Ernst Schütte diesem Problem nicht die

¹⁹⁹ MALLINCKRODT 1966, Dtsch Arztebl, Heft 43, S. 2503.

²⁰⁰ SANDER 1967, Dtsch Arztebl, Heft 6, S. 301.

²⁰¹ Ebd.

²⁰² Ebd.

gebührende Dringlichkeit eingeräumt. Das Deutsche Ärzteblatt kommentierte die Sendung:

„Erschreckend wurde deutlich, was in dieser Zeitschrift schon früher angedeutet wurde [...]: Der Staat hat den ihm schon jetzt gegebenen Rahmen überhaupt noch nicht ausgeschöpft. Aber trotzdem – um wenigstens die ‚Erfassung‘ perfekt zu machen? – forderte Frau Bundesgesundheitsministerin Dr. Schwarzhaupt eine gesetzliche Meldepflicht an das Gesundheitsamt für Ärzte, Hebammen und – sogar für die Eltern behinderter Kinder! Einfallslosigkeit oder System?“²⁰³

Hier entsteht der Eindruck, als wolle der Autor mit seiner Verurteilung das öffentlich angegriffene Ansehen der Ärzteschaft wiederherstellen und die ärztliche Kompetenz in dieser Debatte stärken. Das Problem entwickelte sich zu einer Art „gordischer Knoten“ und löste hitzige Debatten aus. Ärzte machten die Politik verantwortlich, keine ausreichenden Betreuungseinrichtungen für die bekannten behinderten Kinder zu schaffen und damit auch keinen Anreiz zur Nutzung zu bieten. Verantwortliche Gremien der Bundesregierung waren versteift auf exakte Planung und wollten ohne Kenntnis des genauen Bedarfs keine Spezialeinrichtungen schaffen. Gegen die Arbeit im Bundesinnenministerium und im Bundesministerium für Gesundheit an einem neuen Gesetzentwurf mit vorgesehener Meldepflicht stellte sich die Ärzteschaft vehement und bezeichnete die Meldepflicht für Eltern als „besonderen psychologischen Mißgriff“²⁰⁴. Sie warf dem Staat vor, er könne (und wolle?) für die große Mehrzahl bereits bekannter Behinderter nicht genug tun. Beispielsweise stünden die bereits seit über fünf Jahren gesetzlich vorgeschriebenen Merkblätter über Hilfsmöglichkeiten, die Ärzte aushändigen sollten, immer noch nicht zur Verfügung.²⁰⁵ Außerdem sei für die bereits vollständig erfassten Contergan-Geschädigten auch bei weitem nicht die notwendige Hilfe umgesetzt worden.²⁰⁶

²⁰³ O.A. 1966, Dtsch Arztebl, Heft 35, S. 2014.

²⁰⁴ VOGT 1966, Dtsch Arztebl, Heft 40, S. 2303.

²⁰⁵ Vgl. ebd.

²⁰⁶ Vgl. BÄK 1968, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1176; DÄ 1968, Dtsch Arztebl, Heft 41, S. 2224 und O.A. 1969, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 21.Mai, S. 1472.

1967 empfahl auch der *Deutsche Ausschuß für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft*, eine Meldepflicht einzuführen, was wieder zu einer Anfrage an die Bundesregierung in der Fragestunde des Deutschen Bundestags führte. Die Bundesregierung beteuerte, sie wolle sich nochmals um eine Verstärkung der Aufklärung und vor allem der Verteilung der Merkblätter kümmern, aber auch erneut eine Meldepflicht überdenken.²⁰⁷ Mediziner traten für die Ausschöpfung geltenden Rechts ein und zählten auf die Einsicht und Eigeninitiative der Betroffenen durch geeignete Aufklärung. Denn, so waren sie sich einig, wäre alle Bedarfsplanung nur dann sinnvoll, wenn auch das Einverständnis für eine Behandlung vorliege.²⁰⁸ Der 70. Deutsche Ärztetag stellte in seiner EntschlieÙung 1967 fest:

„Die Geschehnisse der letzten Jahre haben die Behauptung widerlegt, daß die Einführung eines Meldezwinges zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung und Rehabilitation der Behinderten über das Maß hinaus geführt haben würde, das auf Grund der geltenden Bestimmungen heute bereits möglich ist. Vielmehr lehrt die Erfahrung, daß auch für „amtlicherseits“ erfaßte Schwerbehinderte bei weitem nicht das geschehen ist, was möglich und zu erwarten gewesen wäre. Deshalb wird die Behauptung zurückgewiesen, die mangelnde Fürsorge für die Behinderten habe ihre wesentliche Ursache darin, daß nicht jeder einzelne Fall gemeldet, registriert und gezählt worden sei.“²⁰⁹

Dieser Meinung schlossen sich auch Politiker an. Im *Deutschen Ärzteblatt* wurde berichtet, die Landesregierung Schleswig-Holstein wolle im bevorstehenden Plenum des Bundesrates gegen eine erneute Einführung der Meldepflicht stimmen. Sie wies darauf hin, dass es in ihrem Land mehrere Städte und Landkreise mit fast vollständiger Erfassung aller Behinderten gäbe. Und zwar dort, wo die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Gesundheitsämtern gut funktioniere. Ohne diese Kooperation nütze auch eine Meldepflicht nichts.²¹⁰ Auch der nordrhein-westfälische Sozialminister Werner Figge versicherte, dass er die Bedenken der

²⁰⁷ Vgl. DÄ 1967, Dtsch Arztebl, Heft 17, S. 937.

²⁰⁸ Vgl. BÄK 1967, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1108.

²⁰⁹ 70. DEUTSCHER ÄRZTETAG 1967, Dtsch Arztebl, Heft 23, S. 1266.

²¹⁰ Vgl. O.A. 1968, Dtsch Arztebl, Heft 44, S. 2450.

beiden Deutschen Ärztetage teile und gegen eine Meldepflicht mit Namensnennung sei.²¹¹ Dennoch wurden Ärzte im Verlauf auch öffentlich zunehmend bezichtigt, mit ihrer anhaltenden Ablehnung einer Meldepflicht die Schaffung notwendiger Institutionen zu behindern.²¹²

Als am 4. Dezember 1968 der Entwurf zur Zweiten Novelle des Bundessozialhilfegesetzes im Deutschen Bundestag beraten wurde, gab es erneut eine eingehende Diskussion über die Meldepflicht für behinderte Kinder. Der parlamentarische Staatssekretär Heinrich Köppler (CDU) fasste zusammen, dass in den letzten Jahren ein insgesamt guter Erfolg des Bundessozialhilfegesetzes zu verzeichnen war. Ein großes Problem läge aber immer noch darin, dass die mögliche Hilfe nicht rechtzeitig kam, „[d]ie Gründe hierfür [waren] durchaus verschieden; falsche Scham und Unwissenheit spiel[t]en dabei keine geringe Rolle.“²¹³ Ziel dieses Gesetzes sei deshalb, die frühzeitige Vorstellung bei einem Arzt oder dem Gesundheitsamt zu sichern und die Beratungsunterlagen so auszuwerten, „daß sie die Grundlage für eine rechtzeitige Planung der zur Durchführung der Rehabilitation notwendigen Einrichtungen bilden.“²¹⁴ Der Abgeordnete Friedrich Kühn (CDU/CSU) wies auf die Schwierigkeiten der vorausgehenden Verhandlungen mit Ärzten hin, die das Gesetz verzögert hätten:

„Denn wir wissen, von welcher Seite aus besondere Schwierigkeiten gemacht worden sind, und wissen auch, daß gerade dieser Punkt im Rahmen des Gesetzeswerks für uns alle, insbesondere aber für die Betroffenen draußen, von besonderer Wichtigkeit ist.“²¹⁵

Zur Schaffung einer verlässlichen Planungsgrundlage sehe der Entwurf weitreichendere Verpflichtungen vor als bisher und man habe sich bemüht, darüber auch mit der Ärzteschaft einig zu werden.

„Es war der besondere Wunsch der Bundesregierung, hierfür auch die Zustimmung der Ärzteschaft zu finden. Ich freue mich, hier sagen zu können,

²¹¹ Vgl. O.A. 1968, Dtsch Arztebl, Heft 45, S. 2532.

²¹² Vgl. VOGT 1968, Dtsch Arztebl, Heft 49, S. 2839; BÄK 1969, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 21. Mai, S. 1472.

²¹³ KÖPPLER 1968, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 5/201 (4.12.1968), S. 10822.

²¹⁴ Ebd.

²¹⁵ KÜHN 1968, ebd.

daß es nach längeren Verhandlungen mit der Bundesärztekammer gelungen ist, eine Einigung mit der Ärzteschaft über die Gesetzesvorschläge zu erzielen.“²¹⁶

Diese bestand nun in der chiffrierten Meldepflicht ohne Namensnennung, durch die einerseits eine Planungsgrundlage geschaffen werden sollte und andererseits die ärztliche Schweigepflicht nicht angegriffen würde. Friedrich Kühn räumte weiter bisherige Versäumnisse gegenüber der „Sicherung der Eingliederung Behinderter“ ein:

„In der Tat ist es eines unserer ganz großen, vordringlichen Anliegen, daß auf diesem Gebiet, auf dem wir bisher wirklich zu wenig getan haben, nun — ich will nicht sagen: etwas Entscheidendes geschieht; das wäre ein zu positiver Ausdruck — ein Schritt in Richtung auf das, was hier geschehen müßte, getan wird. Ich bin sehr beglückt darüber, daß die Bundesärztekammer ihren anfänglichen Widerstand aufgegeben hat und daß es in sehr zähen Verhandlungen gelungen ist, eine Regelung zu finden, die die Zustimmung auch der Bundesärztekammer gefunden hat.“²¹⁷

Der Abgeordnete Willy Könen (SPD) übte Kritik an der Fokussierung auf die Meinung der Ärzteschaft:

„Als wir das Körperbehindertengesetz machten, hatte man nicht nur den Eindruck, sondern die Ärzte meinten das auch so, daß wir hier nicht ein Gesetz für Körperbehinderte machen würden, sondern ein Gesetz für den Ärztestand. Das war ein grober Irrtum sondergleichen. Darum haben sie sich wahrscheinlich auch damals so sehr im Ton vergriffen. [...] Aber das will ich Ihnen ehrlich sagen: mir wäre es lieber gewesen, wenn der Herr Staatssekretär hätte sagen können, daß die Verbände [...], die sich dieser Menschen annehmen, mit den Regelungen dieser Novelle zufrieden gewesen wären, weil sie ihren Ansichten entsprächen. Das wäre mir viel lieber gewesen als die Mitteilung, daß die Bundesärztekammer einverstanden ist.“²¹⁸

Sein Kollege Kurt Spitzmüller (FDP) zeigte durchaus Verständnis für den ärztlichen Standpunkt und die Sorge darüber, wohin diese Bestimmungen in Zukunft hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient führen könnten. Er meinte, „[d]er Herr Kollege Könen hat das Problem der Ärzteschaft ein bißchen

²¹⁶ KÖPPLER 1968, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 5/201 (4.12.1968), S. 10822.

²¹⁷ KÜHN 1968, ebd., S. 10823.

²¹⁸ KÖNEN 1968, ebd.

scharf angegangen. Ich glaube, wir brauchen die Mitarbeit der Ärzte.“²¹⁹ Er stellte den bisherigen Vorteil für Behinderte durch die Meldepflicht in Frage. Sie sei nur dann hilfreich, wenn das Gesetz auch gleichzeitig die ausreichende Schaffung von Einrichtungen sichere, „damit diejenigen, die erfaßt sind, tatsächlich einer guten Behandlung zugeführt werden können; sonst gibt es doch nur Verärgerungen.“²²⁰ Man solle das Thema noch mal in seiner Gesamtheit in den Ausschüssen angehen:

„Wir müssen uns über die Vorteile, die diese Meldepflicht bringen kann, [...] noch einmal unterhalten und müssen auch erfahren, was die Bundesärztekammer veranlaßt hat, ihren Widerstand nun aufzugeben.“²²¹

Die Ärzte konnten mit dem Kompromiss einer nichtnamentlichen, chiffrierten Meldung leben, auch wenn sie deren Sinn bezweifelten, jedoch hatten sie keinesfalls ihre vorbehaltlose Zustimmung gegeben. Unverändert wehrten sie sich gegen weitergreifende Vorschläge, so auch gegen den eigenen Gesetzesentwurf des *Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, der dem Deutschen Bundestag Anfang 1969 vorgelegt wurde. In den harten Worten des *Deutschen Ärzteblatts* wiedergegeben umfasste dieser:

„Totale namentliche Erfassung aller körperlich und geistig Behinderten durch staatliche Stellen, Vorladungs- und fast monopolartige Behandlungsrechte und Behandlungspflichten des Gesundheitsamtes für diesen Patientenkreis sowie Strafbestimmungen für Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die ihre behinderten Patienten nicht freiwillig der Amtsstelle melden [...]. Man kann nur die Tollkühnheit bewundern, mit der hier erneut praktisch die Fiktion aufgestellt wird, als sei es das typische Verhalten deutscher Eltern, sich nicht um die gesundheitliche Betreuung und Eingliederung ihrer Kinder zu kümmern [...]. Als Büttel des Staates sollen also auch die Ärzte darauf achten, daß die Eltern ihre Pflicht zur Selbstanzeige in der Familie erfüllen.“²²²

In ihrem Selbstverständnis sahen sich Ärzte als Aufseher und Diener des Staates missbraucht und wollten das keinesfalls als ihre Aufgabe annehmen. Anstatt einer namentlichen, umfassenden Meldepflicht setzten sie sich für die

²¹⁹ SPITZÜLLER 1968, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 5/201 (4.12.1968), S. 10827.

²²⁰ Ebd.

²²¹ Ebd.

²²² DÄ 1969, Dtsch Ärztebl, Heft 9, S. 572.

„freiheitliche Lösung zur Früherkennung und Frühbehandlung“²²³ in Form von systematischen Vorsorgeuntersuchungen ein und warfen dem „*Deutschen Verein*“ vor, die Einsicht habe trotz jahrelanger öffentlicher Diskussion noch nicht gesiegt: „Er plädiert unverdrossen für den Zwang – letztlich zum Nachteil derer, denen er eigentlich helfen will.“²²⁴

Der vorgeschlagene Kompromiss einer Chiffrierung zu Planungszwecken, auf den sich Bundesinnenministerium und Bundesärztekammer geeinigt hatten, war nicht zuletzt auf öffentlichen Druck hin entstanden. Es wurde öffentlich „der widersinnige Eindruck erweckt“, dass gerade Ärzte mit ihrer Haltung contra namentliche Meldepflicht „aus Unverständnis oder Uneinsichtigkeit“²²⁵ den Fortschritt der Rehabilitation verhinderten und schutzbedürftigen Kindern nicht zu ihrem Recht auf körperliche Unversehrtheit verhalfen.²²⁶ So suchte der ärztliche Stand nach einer Möglichkeit, Politikern die geforderte Planungsgrundlage zu ermöglichen und gleichzeitig die persönliche Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient nicht fühlbar zu beeinträchtigen. Letztlich „tolerierte“ die Bundesärztekammer trotz ihrer weiter bestehenden Vorbehalte den Kompromiss einer chiffrierten Meldepflicht ohne Namensnennung zur Bedarfsplanung und wies erneut nachdrücklich auf das vorgeschlagene Vorsorgeprogramm zur Früherkennung von Behinderungen hin. Sie regte auch an, wissenschaftlich hoch spezialisierte Zentren etwa an große Kinderkliniken anzugliedern, die den behandelnden Ärzten als Konsultationsstelle dienen könnten. Auch betonten viele Ärzte, Einrichtungen müssten mit und ohne Kenntnis des exakten Bedarfs geschaffen werden, „da erfahrungsgemäß erst das Angebot solcher Einrichtungen manche Eltern ermutigt, sich zu melden und um Rat und Hilfe zu bitten.“²²⁷ Solange bestehende Einrichtungen noch bei Weitem nicht ausreichend wären, brauche man auch keine genaueren Zahlen.²²⁸ Die chiffrierte Meldung sollte für Ärzte eine quartalsweise gesammelte summarische Meldung aller

²²³ DÄ 1969, Dtsch Arztebl, Heft 9, S. 573.

²²⁴ Ebd.

²²⁵ VOGT 1969, Dtsch Arztebl, Heft 29, S. 2080.

²²⁶ Vgl. auch BÄK 1969, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 21. Mai, S. 1472.

²²⁷ MAIER 1969, Dtsch Arztebl, Heft 16, S. 1102.

²²⁸ Vgl. LEMPP 1969, Dtsch Arztebl, Heft 18, S. 1262.

Kinder mit körperlicher oder geistiger Behinderung an das Gesundheitsamt beinhalten. Doch bereits bei der Beratung des Gesetzentwurfs im Bundesrat wurde das für Planungszwecke als nicht ausreichend bezeichnet und die Angabe von Geburtsmonat und Geburtsjahr gefordert. Bei Meldung dieser Angaben sorgte sich die Bundesärztekammer darum, dass Personen vor allem in ländlichen Gebieten dadurch doch schnell namentlich identifiziert werden könnten.²²⁹ Ein für beide Seiten äußerster möglicher Kompromiss trat in dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes vom 14. August 1969 in Kraft. Die chiffrierte Meldung ohne Namensnennung sollte aufgrund der Bedenken seitens der Bundesärztekammer nur unter Nennung von „wesentlichen Angaben zur Person des Behinderten“ erfolgen, die in weiteren Verwaltungsvorschriften näher benannt werden sollten.²³⁰ Dies stellte auch für den Ausschuss für Sozialpolitik das Minimum dar, um das Gesetz überhaupt zum Ziel zu führen.²³¹ Die namentliche Meldung für Ärzte im Falle von Vernachlässigung einer Behandlung bestand weiter. Neben der Meldepflicht regelte das Gesetz nun auch eine regelmäßige Aufklärung der Bevölkerung und die zentrale Beratung beim Gesundheitsamt über Rehabilitations- und Berufsausbildungsmöglichkeiten sowie finanzieller Hilfen. Ärzte begrüßten insbesondere die Aufklärungsmaßnahmen der Bevölkerung, die ihrem Ermessen nach zusammen mit einem verbesserten Angebot zu breiterer Annahme führen würden. Weiter wurde eine Berichtspflicht der Bundesregierung beschlossen, alle vier Jahre über die Durchführung und den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen zu unterrichten.²³² Insgesamt waren alle Beteiligten zuversichtlich, mit dem umfassenden Gesetz, von dem die Meldepflicht für behinderte Kinder nur einen Bruchteil ausmachte, einen Schritt weiter zu kommen. Das Deutsche Ärzteblatt schrieb dazu:

„Angesichts mancher Versäumnisse in den letzten Jahren, auf die auch im ‚Deutschen Ärzteblatt‘ wiederholt hingewiesen wurde, ist nun auf eine nachhaltige Verbesserung der Rehabilitation Behinderter zu hoffen. Sie wird den Staat und die Sozialleistungsträger zwar einiges Geld kosten. Aber nicht

²²⁹ Vgl. LEMPP 1969, Dtsch Arztebl, Heft 18, S. 1262.

²³⁰ Vgl. VOGT 1969, Dtsch Arztebl, Heft 29, S. 2080.

²³¹ DEUTSCHER BUNDESTAG 1969, Bericht des Ausschusses für Sozialpolitik zur Zweiten Änderung des BSHG, Drucksache 5/4429, S. 2.

²³² Vgl. ebd., S. 2081.

nur, daß damit in zahlreichen Familien Elend und Leid abgewendet oder gelindert werden kann – dies wäre allein schon Rechtfertigung genug: Letzten Endes sind derartige ‚Investitionen‘ sogar noch für uns alle ökonomisch sinnvoll.“²³³

Insgesamt wurde diese zweite Phase des Diskurses um eine Meldepflicht für behinderte Kinder stark von den gesellschaftspolitischen Entwicklungen geprägt. Zum Ende der 1950er Jahre begann ein zunehmendes Verlangen nach Veränderungen und Reformen, die auch öffentliche Diskussionen zur Folge hatten. Die Bundesrepublik hatte politische Stabilität erreicht und die Massenarmut war durch dynamische Renten eingedämmt. Ulrich Herbert stellt dazu fest, dass Menschen dem stützenden „Korsett der Orientierung an den Leitbildern der Jahrhundertwende“ nicht mehr bedurften und neue Normen und Lebensweisen möglich wurden.²³⁴ Dabei waren Modernität und Fortschritt mit dem Wunsch nach Befreiung aus autoritären Strukturen verknüpft, was sich in einer Reihe von Reformdebatten in Bereichen wie Geschlechterverhältnis, Familienbild, Erziehung, Sexualität und den Umgangsformen mit Minderheiten niederschlug. Nachdem Deutschland institutionell demokratisiert und außenpolitisch nach Westen orientiert war, sollte es in einem zweiten Schritt auch eine „Liberalisierung und Demokratisierung der Gesellschaft“ geben.²³⁵ Diese Liberalisierungs- und Reformdebatten hatten eine Vorlaufphase in den 1950ern, den Zeitraum von etwa 1959 bis 1973/74 als Kernphase und eine weniger intensive Folgezeit bis etwa 1990.²³⁶ Im Zuge des Reformzeitalters wurde das Bundessozialhilfegesetz 1961 verabschiedet und bereits 1965 und zum zweiten Mal 1969 novelliert. Zu jeder geplanten Novelle wollten auch Gegner und Befürworter einer Meldepflicht ihren Einfluss geltend machen, sodass der Diskurs lebendig gehalten wurde. In den 1960er Jahren waren auch Veränderungen in der Behindertenpolitik erkennbar. Während sich die Hilfe bisher auf die Sicherung eines Existenzminimums beschränkt hatte, entwickelte die Sozialpolitik im Zeichen des Wirtschaftsaufschwungs neue Ziele: soziale Sicherung auf einem allgemein hohen Lebensstandard sowie Teilhabe an der Gesellschaft und

²³³ VOGT 1969, Dtsch Arztebl, Heft 29, S. 2081.

²³⁴ HERBERT 2002, S.41.

²³⁵ Ebd.

²³⁶ Vgl. ebd., S. 14.

sozialen Aufstieg auch für Menschen mit Behinderung.²³⁷ Der Umgang mit der Minderheit „Behinderte“ sollte sich von Duldung zu Partizipation verändern. Ein gesteigertes Interesse an Kindern mit Behinderung, die zuvor eher ausgeklammert wurden, war zu verzeichnen. Nicht zuletzt könnte das, wie Prof. Dr. Lempp²³⁸ 1969 in einem Vortrag über „Das behinderte Kind in unserer Gesellschaft“ vor der höheren Fachschule für Sozialarbeit ausführte, auf die negative Bewertung von Kindern mit Behinderung im „Dritten Reich“ zurückzuführen sein, „daß eine solche negative Bewertung nun mit dem Impuls eines schlechten Gewissens ins Gegenteil verkehrt wäre und man sich nun im Besonderen ihrer annehmen möchte.“²³⁹ Auch Gerd Jansen stellte diese beiden Extreme in seinen 1972 veröffentlichten Untersuchungen zur Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten fest: „Generell reichen die Einstellungen von schärfster Ablehnung (bis hin zur Ausrottung) bis zum echten oder geheuchelten Mitleid, wobei der Mittelbereich dieser Skala – die sachlichen Einstellungen – praktisch fehlt.“²⁴⁰ Da die Bevölkerung zu dem Thema „Behinderung“ fast gänzlich unwissend war, war die allgemeine Meinung vor allem durch Vorurteile oder teilweise auch magische Vorstellungen geprägt, die Menschen mit Behinderung entweder viele negative Attribute zuschrieb oder ihnen besondere Fähigkeiten und Begabungen zuteilte.²⁴¹ Die Gesellschaft fühlte sich verpflichtet, der Minderheit „behindertes Kind“ adäquate Hilfe zu bieten, wollte das aber vor allem dem Staat überlassen.²⁴² Gleichzeitig rückten, angeheizt durch den Contergan-Komplex, Prävention und Frühförderung in den Mittelpunkt des politischen Interesses. Das Präventionsparadigma²⁴³ und die neuen Ansprüche an die Behindertenpolitik führten zu einem gewissen Druck, diesen Erwartungen auch gerecht zu werden. Insofern verwundert es nicht, dass der Diskurs um die

²³⁷ Vgl. Bösl 2009, S. 162f.

²³⁸ Damaliger Leiter der Abteilung für Jugendpsychologie und Jugendneurologie der Universitätsklinik Tübingen

²³⁹ LEMPP 1969, Dtsch Arztebl, Heft 18, S. 1257.

²⁴⁰ JANSEN 1981, S. 137.

²⁴¹ Vgl. ebd., S. 138.

²⁴² Vgl. ebd.

²⁴³ Prävention von Behinderungen war beispielsweise in vielen Fällen möglich durch Schwangerschaftsvorsorge und perinatale Betreuung (Verhinderung mancher Frühgeburten, Missbildungen und Geburtsschäden), durch Impfungen (z.B. Kinderlähmung), durch frühzeitige Behandlung von Skelettanomalien (insbesondere Hüftdysplasien) und durch rechtzeitige Erkennung und Behandlung von Stoffwechselstörungen (z.B. Phenylketonurie).

Meldepflicht für behinderte Kinder im Laufe der 60er Jahre intensiver und hitziger wurde und die Schuld für das versäumte Erreichen der hochgesteckten Ziele hin- und hergeschoben wurde. Alle wollten sämtliche Patienten frühzeitig untersuchen, beraten und behandeln, glaubten dieses Ziel aber höchst gegensätzlich zu erreichen. Die Meldepflicht war für Befürworter die Voraussetzung einer frühzeitigen Vorstellung und erfolgreichen Behandlung geworden, für Gegner aber das Hindernis einer vertrauensvollen Beziehung zum Arzt und damit auch kontraproduktiv hinsichtlich rechtzeitiger Beratung und Therapie.

Die nationalsozialistische Vergangenheit spielte auch in der zweiten Phase des Meldepflicht-Diskurses eine Rolle. Hinsichtlich der durch Ärzte verübten Medizinverbrechen wurde in der Zeit von Mitte der 1960er bis Ende der 1970er die Dokumentation von Strafurteilen bei letalen NS-Verbrechen durch wenige Medizinhistoriker begonnen.²⁴⁴ Die neue Aktualität der Gräueltaten im „Dritten Reich“ lieferte Ärzten in der Öffentlichkeit ein gutes Argument gegen eine Meldepflicht. Besonders aktuell wurde das, als zusätzlich eine Meldepflicht für Erbkrankheiten zum Zwecke eines Überblicks über Vererbungsmuster diskutiert wurde, verknüpft mit der Möglichkeit zur freiwilligen Sterilisation.²⁴⁵ Innerhalb der Ärzteschaft war in diesem Punkt allerdings keine homogene Meinung vorhanden. Das *Deutsche Ärzteblatt* schrieb 1966:

„Besorgte Eltern sind – nach allem, was sich schon in Deutschland abspielte – offenbar immer noch mißtrauisch, und sei es auch nur gegenüber etwaigen künftigen „Amtsträgern“, denen einmal eine „Kartei“ in die Hände fallen könnte. Dies sind Realitäten, die man jedenfalls zur Zeit noch nicht mit einer Handbewegung wegwischen kann.“²⁴⁶

Um das Argument zu entkräften, wurde es mit Verweis auf eine starke Demokratie gerne abgewinkt, wie schon in den 1950er Jahren geschehen. So bekundete Dr. Paeslack 1966 in einem Offenen Brief an den Präsidenten der

²⁴⁴ Vgl. JÜTTE u. a. 2011, S. 313.

²⁴⁵ Vgl. VOGT 1966, Dtsch Arztebl, Heft 40, S. 2303.

²⁴⁶ Ebd., S. 2304.

Bundesärztekammer sein Vertrauen in die jetzige Demokratie. Ein Missbrauch könne natürlich nie ausgeschlossen werden.

„Aber: Bei welcher Ordnung, die eine Gesellschaft sich gibt besteht eine derartige Gefahr nicht? Es ist die Aufgabe der Glieder dieser Gesellschaft, einen solchen Mißbrauch zu verhindern und entsprechende Versuche zu bekämpfen – haben Sie so wenig Vertrauen zu dieser unserer demokratischen Ordnung? Man sollte nicht immer gleich den Staatsdirigismus als drohendes Gespenst an die Wand malen, wenn ein großes Gemeinwesen sich bemüht, seinen sozialen Aufgaben nachzukommen.“²⁴⁷

Auch der Ministerialdirektor des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung schätzte das Missbrauchspotential viel geringer ein als den Nutzen einer Meldepflicht und sagte 1964:

„Wir kennen die Zurückhaltung, die in manchen Bevölkerungskreisen gegenüber einer solchen umfassenden Meldepflicht besteht. Es sind die Erfahrungen namentlich des Dritten Reichs gegenüber den gebrechlichen und geisteskranken Personen, die hier hemmend wirken; aber ich glaube auch, man sollte den Mut haben, zu erklären, in einem geordneten Staatswesen ist es nicht nötig, das Misstrauen in den Vordergrund zu schieben, wenn es sich darum dreht, nun den armen Menschen, um die es hier geht, zu helfen.“²⁴⁸

Gegen Ende der 1960er Jahre übernahmen Studenten den akademischen Diskurs über die NS-Vergangenheit und kritisierten die unzureichende Verarbeitung derselben, aber auch ganz allgemein festgefahrene universitäre Strukturen und Hierarchien.²⁴⁹ Schließlich hatte die Diskussion der Naziverbrechen im Verlauf der 1960er Jahre immer mehr zugenommen. Für einige war das zu intensiv, sodass der Diskurs ins Gegenteil kippte und die Mehrheit der Bevölkerung dafür war, eine strafrechtliche Verfolgung von Tätern einzustellen und einen Schlussstrich unter die nationalsozialistische Vergangenheit zu ziehen.²⁵⁰ Im *Deutschen Ärzteblatt* spiegelt sich der Kontrast zwischen Aufarbeitung und Schlussstrich ebenfalls wider. Das Argument eines möglichen

²⁴⁷ PAESLACK 1966, Dtsch Arztebl, Heft 19, S. 1278.

²⁴⁸ BMA 1964, Tonbandwiedergabe der 3. Tagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft am 30.6./1.7.1964, BArch B 149 6459; zitiert nach BöSL 2009, S. 251.

²⁴⁹ Vgl. BöSL 2009, S. 146.

²⁵⁰ Vgl. SIEGFRIED 2000, S. 108.

Missbrauchspotentials wird einerseits gegen eine Meldepflicht verwendet und dabei die öffentliche Aufmerksamkeit ausgenutzt, andererseits weisen Befürworter einer Meldepflicht diese Gefahr als Vergangenheit von der Hand.

Sprachlich fällt im gesamten Diskurs auf, wie von Meldepflicht-Gegnern konsequent kämpferische Worte wie z.B. „Meldezwang“, „totale staatliche Erfassung“ und „Krüppelliste“ im Zusammenhang mit der Meldepflicht in den 1960er Jahren gebraucht wurden und damit immer wieder bewusst Bezug auf NS-Zeit genommen wurde. Der umgangssprachliche Begriff „Krüppel“ hat dabei eine interessante Geschichte: Er wurde schon im 18. Jahrhundert gebraucht und etablierte sich später regelrecht zu einem „Kampfbegriff“, der Spender zu Großzügigkeit bewegte. Allerdings mit einem Preis, denn „[e]rkaufte wurde die Überzeugung der Öffentlichkeit mit einem Begriff, der die Behinderten zum Objekt von wohlmeinenden Ärzten, Pfarrern und Pädagogen machte und dem das Odium der Asozialität anhaftete.“²⁵¹ Bemerkenswerterweise blieben die privat bezahlenden Patienten der frei praktizierenden Orthopäden im Sprachgebrauch allein „Kranke“, während die behandlungsbedürftigen Kinder mittelloser Eltern als „Krüppel“ bezeichnet wurden.²⁵² Die negative Belegung stand dem eigentlichen Sinn im Weg, Kinder mit Behinderung möglichst umfassend zu rehabilitieren. Der Widerstand der Eltern, ihre Kinder in „Krüppelheimen“ unterbringen zu lassen, verdeutlichte dies. Die negative Bewertung des Ausdrucks „Krüppel“ änderten sich im Laufe der Zeit weder in der Alltagssprache noch in der Wissenschaft und als sozialdarwinistische Wissenschaftler die Minderwertigkeit dieser Menschen „bewiesen“, sträubte sich auch die Bevölkerung gegen Einrichtungen für behinderte Menschen in ihrer Nachbarschaft. Daraufhin versuchten zuständige Institutionen, den als diskriminierend empfundenen Begriff „Krüppelheim“ fallen zu lassen, um Zustimmung zu erreichen. Auch die große Zahl an Kriegsinvaliden des Ersten Weltkrieges wurde von Orthopäden als „Kriegskrüppel“ bezeichnet, was von den Opfern aber als ehrverletzend empfunden und von der Militärführung durch „Kriegsbeschädigte“ ersetzt

²⁵¹ THOMANN 1992, S. 245.

²⁵² Vgl. ebd., S. 246.

wurde.²⁵³ „Krüppel“ waren nun nur noch Kinder mit Behinderung von mittellosen Eltern. Für diese beabsichtigte das „Preußische Krüppelfürsorgegesetz“ Hilfe und bestimmte, dass ihre Behandlung durch qualifizierte Orthopäden zu erfolgen habe. Es schaffte damit viele Vorteile, hatte aber die Schattenseite, die Bezeichnung „Krüppel“ als juristische Definition gesetzlich zu zementieren und damit gleichzeitig die Integration der Kinder zu erschweren.²⁵⁴ Nach der Verabschiedung des Gesetzes lehnten viele Eltern die Behandlung ihrer Kinder als „Krüppel“ ab und begaben sich, sofern sie es sich finanziell leisten konnten, in privatärztliche Behandlung. Auch Konrad Biesalski gestand ein, „dass man ‚im Banne eines falschen Begriffes‘ stehe.“²⁵⁵ Die Bezeichnung „körperlich Behinderter“ war ein Vorschlag einer Selbsthilfegruppe, des *Perl-Bundes*²⁵⁶, und kam damit von Betroffenen selbst. Sie stellten das weit fröhlichere Leben als von Laien angenommen „körperlich Behinderter“ in den Vordergrund und lehnten es ab, als bemitleidenswert angesehen zu werden. Weiter wollten sie auch unterschieden werden von den „Geisteskranken“, die den Staat nicht produktiv unterstützen konnten.²⁵⁷ Der Begriff „Krüppel“ wurde in den 40er Jahren zunehmend verdrängt. Der Nationalsozialismus hatte zu einer Verschiebung der Bedeutung des Begriffs geführt, von einem Menschen mit Behinderung allgemein zu einem „Krüppelsiecher“, der auch nach Rehabilitation keiner Arbeit zugeführt werden konnte und Hilfe bedurfte.²⁵⁸

In den 1950er Jahren wurden beide Begriffe „Körperbehinderter“ und „Krüppel“ parallel genutzt und viel diskutiert. Schließlich setzte sich aufgrund von heftigem Widerstand von Seiten der Betroffenen die Bezeichnung „Körperbehinderter“ durch, was sich dann auch in einem Änderungsentwurf für das „Körperbehindertengesetz“ von 1957 niederschlug, das zuvor weiter „Krüppelfürsorgegesetz“ heißen sollte. Auch Vereine, die das Wort „Krüppel“ im Namen führten,

²⁵³ Vgl. THOMANN 1992, S. 254.

²⁵⁴ Vgl. ebd.

²⁵⁵ Ebd., S. 256f.

²⁵⁶ Eine emanzipatorische Selbsthilfeorganisation, die von 1919-1931 bestand. Benannt nach Otto Perl (1882-1951), der selbst mit einer Körperbehinderung lebte.

²⁵⁷ Vgl. THOMANN 1992, S. 256f.

²⁵⁸ Vgl. ebd., S. 263.

änderten daraufhin ihre Bezeichnung.²⁵⁹ Aus dem angelsächsischen Raum kam in den 1950ern der Rehabilitationsgedanke auf, der nicht mehr nur die arbeitsfähigen, sondern alle Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen umfasste. „Rehabilitation“ bezog soziale und gesellschaftliche Integration mit ein und förderte die Eigeninitiative, da der „Rehabilitand“ als Subjekt aktiv den Prozess der Wiedereingliederung unterstützen musste. Zugunsten dieses Begriffs verschwand die Bezeichnung „Krüppel“ Anfang der 1960er Jahre aus der medizinischen und sozialpolitischen Fachterminologie.²⁶⁰

Dennoch wurde der Begriff „Krüppelliste“ in der Diskussion um eine Meldepflicht für behinderte Kinder noch lange darüber hinaus erwähnt und damit der negative Beigeschmack in der Bevölkerung gegenüber solchen Erfassungen ausgenutzt. 1966 wurde das von Dr. V. Paeslack in einem Schreiben an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Ernst Fromm, moniert: „Mit Begriffen wie „Krüppelliste“ und „Meldezwang“, mit denen Sie arbeiten, zielen Sie, wie ich meine, auf vordergründige Affekte und Emotionen, die dem Ernst der Sache nicht gerecht werden.“²⁶¹ Fromm erwiderte, er habe mit dem Begriff „Krüppelliste“ nicht gearbeitet.²⁶² Dennoch wurde er häufig in der Debatte verwendet: „Ärztliche Meldepflicht für geistig und körperlich Behinderte bedeutet [...] Anlegung von „Krüppellisten“ [...]“²⁶³. Immerhin wurde bei Verwendung des Begriffs hinzugefügt, dass es sich um einen veralteten Begriff der Alltagssprache handle und man bezeichnete den vorgeschlagenen Melderegister als „Listen, die von der Bevölkerung trotz aller Bemühungen, diesen bedauernswerten Personenkreis als Körperbehinderte zu benennen, als „Krüppellisten“ bezeichnet werden [...]“²⁶⁴. Trennen wollte man sich von dem Terminus allerdings nicht. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass Menschen mit körperlicher Behinderung selbst eine amtliche Erfassung und die Bezeichnung „Krüppelliste“ nicht wünschen, dennoch wurde keinesfalls auf den Begriff verzichtet:

²⁵⁹ Vgl. THOMANN 1992, S. 266f.

²⁶⁰ Vgl. ebd., S. 269f.

²⁶¹ PAESLACK 1966, Dtsch Arztebl, Heft 19, S. 1278.

²⁶² FROMM 1966, Dtsch Arztebl, Heft 19, S. 1280.

²⁶³ Ebd.

²⁶⁴ BÄK 1966, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1342.

„Trotz gegenteiliger Behauptungen interessierter Kreise wollen die Körperbehinderten in ihrer großen Mehrzahl nicht in „Karteien“ erfaßt und damit amtlich zu „Krüppeln“, wie es in der Volkssprache nach wie vor heißt, gestempelt werden.“²⁶⁵

Außerdem wurde der negativ geprägte Begriff mit dem „Dritten Reich“ in Verbindung gebracht, um weiter eine Ablehnung zu verschärfen: Meldelisten würden „mancherorts noch immer als ‚Krüppellisten‘ unseligen Andenkens bezeichnet [...]“²⁶⁶. Weiter hieß es:

„Besonders umstritten war seinerzeit die ärztliche Mitteilungspflicht gegenüber dem Gesundheitsamt, die an die sogenannten ‚Krüppellisten‘ aus der Zeit des Dritten Reichs erinnerte.“²⁶⁷

Hier wurde ein veralteter, negativ belegter Begriff künstlich in Erinnerung gehalten und konsequent mit der Meldepflicht verknüpft. So wurde die „Krüppelliste“ abermals zum „Kampfbegriff“, wenn auch in anderem Sinne gebraucht. Es sollte nicht wie zu Beginn des 20. Jahrhunderts das Problem der Hilfsbedürftigen plakatiert werden um ein Erwachen der Öffentlichkeit zu erzielen. Vielmehr sollte in Verbindung mit der Meldepflicht diese als ebenso veraltet wie der jüngst abgeschaffte Begriff „Krüppel“ empfunden und die Assoziation mit dem Missbrauch durch Nationalsozialisten bestärkt werden. Insofern suggerierte die Verwendung, dass eine Meldepflicht in der fortschrittlichen Rehabilitation keinen Raum hatte. Ob dies dem Ziel der Ärzte diene, die Rehabilitation voranzubringen, kann in Frage gestellt werden. Blickt man auf die dargestellten Folgen der Verwendung in der Vergangenheit, kann es auch als hinderlich für den Abbau von Vorurteilen und letztlich für den ganzen Rehabilitationsprozess angesehen werden.

Zusammenfassend lässt sich über die Phase von 1963 bis 1970 feststellen, dass sie ganz im Zeichen des Reformzeitalters stand, in welches die Erste Novelle des Bundessozialhilfegesetzes 1965 und die Zweite Novelle 1969 fielen. Politisch

²⁶⁵ BÄK 1966, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1343; Siehe auch BÄK 1966, Dtsch Arztebl, Heft 23, S. 1528.

²⁶⁶ BÄK 1968, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1176 und BÄK 1969, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 21. Mai, S. 1572.

²⁶⁷ BOECK 1974, Dtsch Arztebl, Heft 4, S. 243.

geprägt war diese Phase von einem Planungsdenken, was auch zu einem besonderen Interesse an Daten zur Bedarfsplanung von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung führte.²⁶⁸ Befürworter einer Meldepflicht mussten inzwischen weniger mit hohen Fallzahlen für die Notwendigkeit der Rehabilitation werben, wie in den 1950er Jahren geschehen. Ebenso hatte sich der Früherkennungsgedanke als Basis einer erfolgreichen Rehabilitation bereits gefestigt. Jetzt wollten Politiker mit genauen Statistiken eine Planungsgrundlage für die Schaffung geeigneter Einrichtungen erheben.²⁶⁹ Die zentrale Auseinandersetzung bestand darin, ob diese nicht auch durch bestehende Gesetze und unter Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient zu erreichen sei. Durch das diskursive Ereignis Contergan-Katastrophe wurde auch die Wichtigkeit der Prävention von Behinderung publik. Medien und Gesellschaft beschäftigte, ob und wie dieses Unglück hätte verhindert werden können. Hätte eine Meldepflicht viel früher den Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und Missbildungen aufgedeckt und das Ausmaß der Katastrophe verhindern können? Diese Frage wurde kontrovers diskutiert und brachte auch Kritik an der Lockerung der Meldepflicht im BSHG von 1961.²⁷⁰ Die Bundesärztekammer widerlegte diesen Vorwurf.²⁷¹ Der Contergan-Skandal heizte damit den Diskurs um eine Meldepflicht weiter an, führte aber letztendlich nicht zu gesetzlichen Änderungen der Meldepflicht, sondern zu die Arzneimittelsicherheit steigernden Maßnahmen. Auch Elisabeth Bösl nennt als Gründe für den fehlenden Entschluss zu einer gesetzlichen Meldepflicht „Bedenken wegen der Reaktion der Öffentlichkeit und der Angehörigen sowie die Zweifel, ob Erfassungsvorgänge prinzipiell präventiv wirken würden.“²⁷² In der ersten Novelle zum BSHG 1965 wurden somit keine Änderungen bezüglich der Meldepflicht vorgenommen²⁷³ und man wollte zuerst Erfahrungen mit dem noch sehr jungen Gesetz sammeln. Im Verlauf der 1960er Jahre rückten die bisher eher

²⁶⁸ Vgl. RUCK 2000, S. 363; Bösl 2009, S. 34.

²⁶⁹ KÖPPLER 1968, Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 5/201 (4.12.1968), S. 10822.

²⁷⁰ Vgl. O.A.1963, Arztl Mitt, Heft 2, S.55.

²⁷¹ Vgl. VOGT 1966, Dtsch Arztebl, Heft 40, S. 2303.

²⁷² Bösl 2009, S. 252.

²⁷³ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Erster Bericht der Bundesregierung über Erfolg Abschnitt 12 BSHG, Drucksache 7/654, S.7.

ausgegrenzten Menschen mit Behinderung vermehrt ins öffentliche Interesse und auch Medien berichteten zunehmend darüber. Die Ablehnung innerhalb der Gesellschaft blieb aber noch größtenteils bestehen und die Zuständigkeit für Hilfen sah man vorwiegend beim Staat.²⁷⁴ Bald wurde der Diskurs um eine Meldepflicht für behinderte Kinder nicht mehr nur zwischen Bundesärztekammer und Bundestag ausgetragen, sondern auch öffentlich, die Zeitungen berichteten darüber und die Ärzteschaft begann Mitte der 1960er einen regen Meinungsaustausch auf der Plattform des *Deutschen Ärzteblatts*. Als vorherrschendes Thema kristallisierten sich die unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung heraus. Befürworter der Meldepflicht glaubten, das Problem durch genauere Zahlen lösen zu können, Gegner der Meldepflicht machten die mangelhafte Aufklärung der Bevölkerung und staatliche Versäumnisse dafür verantwortlich.²⁷⁵ Die gegenseitige Schuldzuweisung mündete in leidenschaftlichen, kämpferischen Debatten. Immer mehr Selbsthilfevereine und Stiftungen wurden gegründet, um Hilfestellung zu bieten.²⁷⁶ Vertreter der Ärzteschaft hatten konstant das zentrale Anliegen, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht zu belasten und das Elternrecht zu wahren. Auf Basis von Eigeninitiative und Freiwilligkeit machten sie 1961 einen Vorschlag für ein umfangreiches Vorsorgeprogramm für alle Kinder, das sich bis heute etabliert hat.²⁷⁷ Es lässt sich feststellen, dass Ärzte so einen entscheidenden Beitrag zur Früherkennung von Fehlentwicklungen und Frühbehandlung beitrugen. Sie forderten zuerst eine Beseitigung der vorhandenen und bekannten Missstände, bevor Zahlen zur Bedarfsplanung erhoben würden. Tatsächlich war die Nachfrage schon damals weitaus höher als das Angebot,²⁷⁸ sodass man der Ärzteschaft in dem Punkt Recht geben kann, dass der desaströse Zustand der Hilfen für Kinder mit Behinderung primär nicht an mangelhafter Erfassung lag. Dennoch wurde dieser Vorwurf gemacht und

²⁷⁴ Vgl. JANSEN 1981, S. 137f.

²⁷⁵ Vgl. DÄ 1966, Dtsch Ärztebl, Heft 3, S. 126.

²⁷⁶ Vgl. BöSL 2009, S. 74f.

²⁷⁷ Vgl. BÄK 1966, Dtsch Ärztebl, Heft 23, S. 1528.

²⁷⁸ Vgl. WILDNER 1966: Stiefkinder – oft schweigend übergangen. In: DIE ZEIT Nr.46, S. 69; ZIMMER 1971: Wer hilft dem behinderten Kind?. In: DIE ZEIT, Nr. 22, S. 57.

öffentlich in manchen Zeitungen so dargestellt.²⁷⁹ Die öffentliche Kritik führte letztlich aber auch zum Vorschlag des Kompromisses einer chiffrierten Meldepflicht ohne Namensnennung zum Zwecke der Bedarfsplanung in der Zweiten Novelle des BSHG 1969.²⁸⁰ Hier hatte die Bundesärztekammer durch ihre jahrelange Weigerung, einer umfassenden Meldepflicht zuzustimmen, in zähen Verhandlungen entscheidend zu dieser Regelung beigetragen.

²⁷⁹ Vgl. HEININGER 1970: Jedes Kleinkind muss zum Arzt. In: DIE ZEIT, Nr.19, 8.Mai, S. 68; o.A. 1971: „Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören“. In: Der Spiegel, Nr. 13, S. 57.

²⁸⁰ Vgl. VOGT 1969, Dtsch Arztebl, Heft 29, S. 2080.

4.3 „Meldepflicht durch die Hintertür?“ - Das Scheitern des Meldebogens und Durchbrüche in der Bedarfsplanung (1970 bis 1982)

Der Diskurs über die Meldepflicht drehte sich in der Phase von 1970 an vor allem weiter um die Fallzahlenermittlung zur Bedarfsplanung. Die chiffrierte Meldepflicht geriet schon kurz nach ihrer Einführung ins Kreuzfeuer der Kritik von Gegnern und Befürwortern. Befürworter der Meldepflicht für Behinderungen hielten sie aufgrund von möglichen Mehrfachnennungen zur Bedarfsplanung für völlig ungeeignet,²⁸¹ Gegner fürchteten durch die Einführung der im BSHG 1969 angekündigten Verwaltungsvorschriften doch die Möglichkeit der Identifikation im Sinne einer namentlichen Meldepflicht und damit die Einführung einer über das Gesetz hinausgehenden Meldepflicht „durch die Hintertür“.²⁸² Elterninitiativen und Behindertenverbände forderten eine umfassende namentliche Meldepflicht, da sie in genauen Statistiken die Grundvoraussetzung zur richtigen Situations-einschätzung sahen und sich dadurch seitens der Politik endlich effektives Handeln erhofften.²⁸³ Die Schaffung geeigneter Institutionen zur Rehabilitation von Kindern mit Behinderung war in der Tat ein wichtiges politisches Ziel geworden.²⁸⁴ Dennoch änderte sich für Kinder mit Behinderung nur wenig, nach wie vor war kein überzeugender, koordinierter Fortschritt in der Schaffung von notwendigen Einrichtungen zu verzeichnen. Deshalb wurde in den Beratungen um das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 immer wieder eine Meldepflicht angesprochen.²⁸⁵ Ein Großteil der Ärzteschaft stellte sich kontinuierlich gegen eine Meldepflicht und engagierte sich weiterhin für alternative Verbesserungen für Kinder mit Behinderung. Im *Deutschen Ärzteblatt* wurde die Meldepflicht für behinderte Kinder 1982 letztmalig erwähnt.²⁸⁶ Wie der Diskurs in der Phase ab 1970 bis dahin geführt wurde und weshalb die Thematik der

²⁸¹ Vgl. KLEE 1974, S. 28f.

²⁸² Vgl. o.A. 1970, Dtsch Arztebl, Heft 26, S. 2077.

²⁸³ Vgl. o.A. 1981, Dtsch Arztebl, Heft 13, S. 595.

²⁸⁴ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1972, Gesundheitsbericht, Drucksache 6/3432, S.32.

²⁸⁵ Vgl. VOGT 1974, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1445.

²⁸⁶ Vgl. OSTERWALD 1982, Dtsch Arztebl, Heft 26, S. B-59.

Meldepflicht die Ärzteschaft nach fast drei Jahrzehnten im *Deutschen Ärzteblatt* nach 1982 nicht mehr beschäftigte, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

Die Regierung Willy Brandt hatte 1969 in ihrer Regierungserklärung angekündigt, die Bemühungen zur Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Beruf und Gesellschaft zu verstärken. Tatsächlich gab es daraufhin eine Hochkonjunktur in der Behindertenpolitik und Länder- und Bundesparlamente setzten sich intensiv mit dem Problem auseinander.²⁸⁷ Im Jahre 1970 stellte die Regierung ihr elf Punkte umfassendes „Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation des Behinderten“ vor, das besonders die Beratung und Registrierung von Menschen mit Behinderung verbessern sollte.²⁸⁸ Die Bevölkerung wurde damit für die besondere Situation von Menschen mit Behinderung sensibilisiert. Der Gesundheitsbericht von 1970 stellte den Gedanken „Prävention vor Rehabilitation“ in den Vordergrund.²⁸⁹ Im Jahr 1971 wurde in diesem Sinne das vom Ärztetag vorgelegte Programm für Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in die Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen.²⁹⁰ Der Sozialbericht von 1972 betonte die Notwendigkeit, Statistiken zu Anzahl und Art der Behinderung sowie zum Rehabilitationsbedarf zu ermitteln. Eine statistische Erhebung war für die Jahre 1972 bis 1974 geplant.²⁹¹ Man erkannte das Problem, dass viel zu viele verschiedene Kostenträger, Mediziner, Vereine und Institutionen an dem Rehabilitationsprozess beteiligt waren, es aber keine koordinierende Stelle gab.²⁹² Das 1974 verabschiedete Rehabilitationsangleichungsgesetz sollte die Zuständigkeiten der einzelnen Träger besser koordinieren und den Empfängerkreis für Leistungen erweitern.²⁹³ Doch 1973/74 setzte eine wirtschaftliche Rezession in Deutschland ein und zwang zur Sparpolitik, die im Verlauf der 70er Jahre auch staatliche Sozialleistungen erfasste.²⁹⁴ So waren die 1970er Jahre zwar von manchen politischen Bemühungen geprägt, die Situation

²⁸⁷ Vgl. Bösl 2009, S. 145.

²⁸⁸ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1970, Sozialbericht, Drucksache 6/643, S.22-24.

²⁸⁹ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1970, Gesundheitsbericht, Drucksache 6/1667, S.146.

²⁹⁰ Vgl. VOGT, G. 1974, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1445.

²⁹¹ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1972, Gesundheitsbericht, Drucksache 6/3432, S.32.

²⁹² Vgl. KLEE 1974, S. 94f.

²⁹³ Vgl. JANSEN (Hrsg.) 1977, S. 26.

²⁹⁴ Vgl. Bösl 2009, S. 153.

von Behinderten zu verbessern, insgesamt ging die Umsetzung aber immer noch schleppend voran.

Anfang 1970 legte das Bundesgesundheitsministerium dem Bundesrat einen Entwurf für die nach dem Bundessozialhilfegesetz 1969 geforderten näheren Verwaltungsvorschriften zur Meldepflicht der Ärzte vor. Ärzte sollten demnach einen Fragebogen beantworten, in dem sie umfangreiche Informationen zu Diagnose und Prognose der festgestellten Behinderung sowie der für notwendig erachteten medizinischen, schulischen und beruflichen Maßnahmen angeben sollten.²⁹⁵ Nach Meinung der Bundesärztekammer kam dieser Fragebogen einem umfassenden Gutachten gleich und sei vom ersten Arzt, der zur Meldung verpflichtet war, oft gar nicht zu beantworten. Für eine ausführliche Beantwortung seien meist ausgedehnte Spezialuntersuchungen und ein längerer Beobachtungszeitraum zur Beurteilung der Entwicklung des Kindes erforderlich. Der ärztliche Stand sah sich bereits durch Verwaltungsarbeit stark beansprucht und fürchtete durch diese Meldepraxis einen unzumutbaren Mehraufwand. Außerdem befürchtete er durch die vorgeschlagene Nennung des genauen Geburtsdatums eine Gefährdung der ärztlichen Schweigepflicht und des Vertrauensverhältnisses zum Patienten. Ihre Sorge war, dass dadurch in kleineren Gebieten eventuell doch die einzelnen Personen namentlich identifiziert werden könnten. Deshalb appellierte die Bundesärztekammer an das Bundesgesundheitsministerium, von derart ausgedehnten Meldebögen abzu-
sehen und praktikable Lösungen zu schaffen: die Angabe von Geburtsjahr und Geburtsquartal – unter Vorbehalt des Widerrufs war sie auch mit der Nennung des Geburtsmonats einverstanden – sollte für Planungszwecke ausreichen. Zur weiteren Vereinfachung für Ärzte forderten die ärztlichen Standesvertreter die quartalsweise oder halbjährliche Meldung in Listenform auf Anforderung durch das Gesundheitsamt.²⁹⁶ Außerdem wiesen Mediziner auf einen Honoraranspruch für diese ärztliche Bescheinigung hin.²⁹⁷ Das *Deutsche Ärzteblatt* warf der Bundesregierung vor, nun doch eine nicht legitimierte und von Betroffenen

²⁹⁵ Vgl. BÄK 1970, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 3. Juni, S. 1768.

²⁹⁶ Vgl. ebd.

²⁹⁷ Vgl. o.A. 1970, Dtsch Arztebl, Heft 26, S. 2078.

unerwünschte Meldepflicht auf anderem Wege einführen zu wollen und damit die Absicht des Gesetzgebers zu verfälschen.²⁹⁸ Es resümierte: „Die Entscheidung darüber, wie die gesamte Ärzteschaft auf Grund der durchaus praktikablen Vorschläge der Bundesärztekammer sinnvoll und wirkungsvoll in die Rehabilitation der Behinderten eingeschaltet werden kann, liegt nunmehr beim Bundesrat.“²⁹⁹ In den im Sommer 1971 verabschiedeten Verwaltungsvorschriften waren die eingebrachten Einwände nur in geringem Maße berücksichtigt worden: der Fragebogen blieb umfangreich, die vollständige Angabe des Geburtsdatums wurde festgelegt, ein Honoraranspruch der Ärzte wurde nicht geregelt. Die Bundesärztekammer äußerte mit Sorge, das eigentlich verfolgte Ziel, nämlich Menschen mit Behinderung zu helfen, sei durch die „überspannten Anforderungen“ gefährdet: „Es ist zu befürchten, daß damit die Abgabe der Meldungen erschwert oder verzögert wird.“³⁰⁰ Sie bemerkte ebenfalls, dass eine so ausführliche Beantwortung des Fragebogens durch den Arzt im Gesetz selbst keine Stütze fände.³⁰¹

Die gravierenden Mängel in der Fürsorge Behinderter wurden zunehmend durch die Medien an die Öffentlichkeit getragen. Bei allem Planungswillen gab es offenbar ein großes Durcheinander, wenigstens die schon vorhandenen Einrichtungen sinnvoll zu koordinieren. So schrieb *Die Zeit* 1971: „Eine detaillierte Bestandsaufnahme aller Rehabilitationseinrichtungen wird nun erstmals vom Bundesgesundheitsministerium geplant.“³⁰² Das war fünf Jahre nachdem die Bundesregierung eine Meldepflicht als Planelement erneut in Betracht gezogen hatte und zwei Jahre nachdem die chiffrierte Meldepflicht zur Bedarfsermittlung bereits gesetzlich bestand. Dass die Einrichtungen tatsächlich nicht vorhanden waren, berichtete auch *Der Spiegel*: Es mangle an Schwangerschafts- und Früherkennungszentren, Sonderkindergärten, Berufsausbildungswerken und Sonderschulen. Von letzteren gab es gerade einmal 2015 Einrichtungen bei

²⁹⁸ Vgl. o.A. 1970, Dtsch Arztebl, Heft 26, S. 2077.

²⁹⁹ Ebd., S. 2078.

³⁰⁰ BÄK 1971, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 15. Mai, S. 1534.

³⁰¹ Vgl. ebd.

³⁰² ZIMMER 1971: Wer hilft dem behinderten Kind?. In: DIE ZEIT, Nr. 22, S. 57.

einem von Ministerialrat Herbert Groß geschätzten Bedarf an 6041 Institutionen.³⁰³ Dennoch wurde oft der ärztliche Widerstand für den mangelhaften Rehabilitationserfolg verantwortlich gemacht. Der Autor schrieb über die guten, fortschrittlichen Möglichkeiten der medizinischen Behandlung und gab dann zu bedenken:

„So frühzeitige Behandlung setzt allerdings voraus, daß Schäden, [...] in den ersten Lebensmonaten von den Eltern oder vom Hausarzt entdeckt werden (was oft sehr schwierig ist) und beim Gesundheitsamt gemeldet werden (was auf hartnäckigen Widerstand der Ärzteschaft stößt). [...] Gegen eine ärztliche Meldepflicht, die – wenn kranke Kinder lückenlos erfasst werden sollen – freilich obligatorische Säuglingsuntersuchungen voraussetzen würde, stellen sich die Mediziner: Sie wollen nicht als ‚Aufpasser und Büttel des Staates‘ (‚Deutsches Ärzteblatt‘) fungieren. [...] Schon seit langem fordern renommierte Universitätsmediziner und Rehabilitations-Praktiker eine Meldepflicht für Ärzte, und der Deutsche Ausschuß für die Rehabilitation Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft erklärte schon 1966, die Rehabilitationsmaßnahmen müßten vom Gesundheitsamt zeitlich und sachlich aufeinander abgestimmt werden (was nach dem Wortlaut des Bundes-sozialhilfegesetzes schon heute geschehen müßte).“³⁰⁴

Diese in § 46 BSHG geregelte Aufstellung eines Gesamtplans durch den Träger der Sozialhilfe war meist unterblieben.³⁰⁵ Mit der Einrichtung und Koordination der verschiedenen Maßnahmen tat man sich noch jahrelang schwer. Verschiedene Ausschüsse wurden für diesen Zweck gegründet, diese kamen dem Koordinationsauftrag jedoch nicht nach. Sie erfuhren den Widerstand der Sozialleistungsträger, die möglicherweise ein Eingreifen in die Selbstverwaltungsorgane fürchteten.³⁰⁶ Zwar gab es ausführliche Erörterungen, wie sich die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Behinderung und damit auch die Lage von behinderten Kindern veränderte³⁰⁷ und wie das Land die Hilfe für Kinder mit Behinderung verbessern könnte.³⁰⁸ Tendenziell war ein steigendes Interesse an Hilfen für Kinder mit Behinderung zu verzeichnen und allmählich wurden

³⁰³ Vgl. O.A. 1971: „Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören“. In: Der Spiegel, Nr. 13, S. 57.

³⁰⁴ Ebd.

³⁰⁵ Vgl. MAIER 1969, Dtsch Arztebl, Heft 16, S. 1099.

³⁰⁶ Vgl. BöSL 2009, S. 195f.

³⁰⁷ Vgl. LEMPP 1969, Dtsch Arztebl, Heft 18, S. 1257-1264.

³⁰⁸ Vgl. MAIER 1969, Dtsch Arztebl, Heft 16, S. 1098-1102.

Bildungseinrichtungen auch für Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen.³⁰⁹ Von 1960 bis 1973 wurde ein Anstieg der Sonderschulen von 1106 auf 2574 registriert und die Summe der unterrichteten Schüler stieg von 133.000 auf 380.000 an.³¹⁰ Ausreichend waren diese Bemühungen aber noch lange nicht. Für eine Umsetzung der Ziele für die Rehabilitation Behinderter fehlten Gebäude, Personal, Finanzen und allen voran eine sinnvolle Abstimmung. Im *Deutschen Ärzteblatt* wurde vorgeworfen: „Man sollte nicht so tun, als regelte sich all dies von allein, wenn man nur erst den ‚interessenorientierten Ärzten‘ die Meldepflicht abgetrotzt habe“.³¹¹ Um das Koordinationsproblem zu lösen, wurde 1969 mit der Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ein neuer Versuch gemacht. Dieses Mal hatten die Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) für eine Arbeitsgemeinschaft auf freiwilliger Basis die Träger der Renten- und Unfallversicherung sowie der Bundesanstalt für Arbeit zusammengeführt, es folgten Vertreter des öffentlichen Versorgungswesens, der Sozialhilfe und später auch der Krankenkassen.³¹² Die so zusammengestellte Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation fand Akzeptanz bei den Sozialleistungsträgern und trug im Verlauf der 1970er Jahre zu Verbesserungen der Koordination bei.³¹³

Mitte 1973 wurde erstmals der gesetzlich festgelegte Bericht über den Erfolg des Abschnitts 12 BSHG vorgelegt.³¹⁴ Die beiden Hauptziele der rechtzeitigen Beratung zur frühen Einleitung von Eingliederungsmaßnahmen und die möglichst vollständige Statistik von Kindern mit Behinderung zu Planungszwecken waren bei weitem nicht erreicht worden. Die Länder hatten lange gebraucht, Verwaltungsvorschriften zu erlassen und umzusetzen. Die strukturellen Voraussetzungen zur Aufklärung und Erfassung war Ende 1971 fast überall gegeben gewesen: Ärzte waren durch die Landesärzteblätter über ihre Pflichten informiert worden, die amtlichen Merkblätter waren erstellt und ausreichend vorhanden

³⁰⁹ Vgl. LEMPP 1969, Dtsch Arztebl, Heft 18, S. 1257.

³¹⁰ Vgl. WELTI 2005, S. 232.

³¹¹ VOGT 1974, Dtsch Arztebl Heft 20, S. 1450.

³¹² Vgl. BöSL 2009, S. 196.

³¹³ Vgl. ebd., S. 197.

³¹⁴ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung, Drucksache 7/654, S. 1-66.

gewesen.³¹⁵ Dennoch war die Umsetzung der Anordnungen bisher nicht erfolgt. Es wurde der Verdacht geäußert, dass die Beratung von Menschen mit Behinderung durch Ärzte nur unzureichend geschehe. Als Gründe wurden unzureichende Kenntnis der Möglichkeiten von Eingliederungsmaßnahmen, Sorge um ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, die Vorsicht aufgrund möglicherweise später erfolgenden Regressansprüchen bei verpasster Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und der Zeitaufwand genannt.³¹⁶ Die Verteilung der seit 1957 vorgeschriebenen amtlichen Merkblätter war, fast 15 Jahre später, ebenfalls immer noch nicht überall erfolgt. Hier gaben einige Ärzte und Kliniken an, sie gar nicht erhalten zu haben und nach der Erstausrüstung hatte kaum einer neue Merkblätter angefordert.³¹⁷ Für das fehlende Einreichen der Mitteilungsblätter wurden die bekannten Bedenken genannt, dass eine Identifizierung der Person doch möglich sein könnte, die ärztliche Schweigepflicht damit ausgehöhlt würde und ein nicht ausgeglichener Honoraranspruch bestünde, sowie eine persönliche Distanz den verantwortlichen Ämtern gegenüber vorhanden sei.³¹⁸ Das *Deutsche Ärzteblatt* führte an, dass sich die Mehrheit der Ärzteschaft in dem Zielkonflikt überfordert fühle, einerseits ihre Schweigepflicht gegenüber dem Patienten einzuhalten und andererseits der gesetzlichen Meldepflicht nachzukommen.³¹⁹ Sie konnten nur eine anonymisierte Meldung tolerieren. Demgegenüber wurde von manchen Ländern und Behindertenverbänden angebracht, dass die anonymisierte Meldepflicht nutzlos sei, da Doppelmeldungen nicht auszuschließen seien und Fälle von vollständiger Eingliederung nicht erfasst würden, sie forderten wiederum die namentliche Nennung.³²⁰ Zumindest war bezüglich der Information der Bevölkerung eine erfreuliche Entwicklung zu verzeichnen, ebenso wurde auf die positive Veränderung über die Wahrnehmung von Behinderung in der Gesellschaft hingewiesen.³²¹ Namentliche Meldungen bei Versäumnis einer notwendigen

³¹⁵ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung, Drucksache 7/654, S. 12.

³¹⁶ Vgl. ebd., S. 13.

³¹⁷ Vgl. ebd., S. 14.

³¹⁸ Vgl. ebd., S. 17.

³¹⁹ Vgl. BOECK 1974, Dtsch Arztebl, Heft 4, S. 244.

³²⁰ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung, Drucksache 7/654, S. 16.

³²¹ Vgl. ebd., S. 18f.

Behandlung waren nicht eingegangen. Der Bericht kommentierte dies damit, dass entweder alle Patienten einer Behandlung zustimmten oder aber Ärzte auch dieser Meldepflicht nicht nachkamen.³²² Der Report über den Erfolg des Abschnitts 12 BSHG kam zu dem Ergebnis, dass abschließende Beurteilungen zum Erfolg der Bestimmungen aufgrund der erst sehr kurzen Anwendung noch nicht gemacht werden könnten und die vorhandenen Mitteilungsblätter für eine Statistik nicht zu verwerten seien. Es müsse sehr genau beobachtet werden, ob die Absichten des Gesetzes auf diese Weise erreichbar wären. Die Schaffung einer Gesamtstatistik auf Basis der ärztlichen Mitteilungsblätter hielt man allerdings für unwahrscheinlich.³²³ Das *Deutsche Ärzteblatt* schrieb zu dem Konflikt, es bleibe abzuwarten, „ob das angekündigte ‚Gesetz über die Verbesserung und Harmonisierung der Rehabilitationsleistungen‘ weniger konfliktbeladene und praktikable Wege aufzeigt, die dann auch zur besseren Erreichung der Ziele [...] nutzbar gemacht werden können.“³²⁴

1973 wurde dieses neue Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) beraten, was wiederum verschiedene Interessenverbände veranlasste, durch ihre Argumentation die Gesetzgebung zu beeinflussen. Der Bonner Reichsbund der Kriegs- und Zivilbeschädigten, Sozialrentner und Hinterbliebenen forderte erneut eine generelle Meldepflicht für behinderte Kinder, um rechtzeitige Eingliederungsmaßnahmen zu ermöglichen.³²⁵ Um die Notwendigkeit zu verdeutlichen, wurden Schätzungen der Anzahl von Behinderten in Deutschland herangezogen. Der Präsident des Vereins, Rudolf Kleine, sprach von 60.000 bis 80.000 Neugeborenen mit Behinderung pro Jahr und schätzte die Fälle, bei denen eine notwendige Behandlung unterlassen würde auf 100.000 Kinder. Das *Deutsche Ärzteblatt* warf vor, dass die Anzahl „aus taktischen Gründen“ übertrieben sei um die Öffentlichkeit zu beunruhigen.³²⁶ Die *Stiftung für das behinderte Kind* hingegen errechnete 150.000 Neugeborene mit einer

³²² Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung, Drucksache 7/654, S. 21f.

³²³ Vgl. ebd., S. 32.

³²⁴ BOECK 1974, Dtsch Arztebl, Heft 4, S. 244.

³²⁵ Vgl. DÄ 1973, Dtsch Arztebl, Heft 19, S. 1240f.

³²⁶ Vgl. VOGT 1974, Dtsch Arztebl Heft 20, S. 1445.

Behinderung pro Jahr.³²⁷ Der Sonderschulpädagoge Prof. Helmut von Bracken ermittelte eine Zahl von 640.000 Kindern mit Behinderung im Schulalter, von denen 400.000 überhaupt keine Sonderschule besuchten.³²⁸ Über die Daten wurde mangels einer verlässlichen Zählung viel spekuliert. Die einzig vorhandene Datengrundlage war die 1966 erhobene Mikrozensus-Umfrage, in der rund 125.000 Haushalte befragt wurden, ob im Haushalt eine körperlich oder geistig behinderte oder vor dem Rentenalter invalidisierte Person lebt.³²⁹ Aus den Reihen Betroffener wurden exaktere Statistiken gefordert, sie erhofften sich durch Bezifferung des Problems mehr Gewicht und damit schnellere Hilfen zu erhalten. Waren die Zahlen wirklich ohne eine Meldepflicht nicht ermittelbar oder wollten Behörden sie auch gar nicht haben? Der Journalist Ernst Klee berichtete über die Lage von Randgruppen. Er bemerkte in seinem 1974 herausgegebenen „Behinderten-Report“, exakte Zahlen schienen gar nicht erwünscht zu sein: „Es ist ja so praktisch: Man hat keinen Überblick. Deshalb kann man nicht planen. Deshalb braucht man nichts investieren. [...] Den passiven Behörden kann es nur recht sein, wenn keine Zahlen bekannt werden.“³³⁰ Er führte diesen Eindruck unter anderem darauf zurück, dass es bei der letzten Volksbefragung 1970 unterlassen wurde, auch gleichzeitig nach Behinderungen zu fragen, obwohl genau dies gefordert worden war.³³¹ Außerdem meinte er, Behörden und Politiker versuchten immer wieder, die Notwendigkeit einer Meldepflicht herunterzuspielen und täuschten dabei auch.³³² Zur Praxis der Früherfassung nach dem BSHG äußerte er sich skeptisch: Die Eltern stellten ihre Kinder nicht bei Ärzten vor und der ärztlichen Meldepflicht bei Vernachlässigung einer Behandlung würde praktisch nicht nachgekommen, chiffrierte Meldungen seien aufgrund von Mehrfachmeldungen sinnlos und praktische Ärzte würden Behinderungen mangels Qualifikation ohnehin oft gar nicht erkennen. Auch die Erfahrungen der Eltern mit den Gesundheitsämtern seien negativ, eine Auswertung von

³²⁷ Vgl. KLEE 1974, S. 27.

³²⁸ Vgl. ebd., S. 47.

³²⁹ Vgl. ebd., S. 25.

³³⁰ Ebd., S. 31.

³³¹ Vgl. ebd.

³³² Vgl. ebd., S. 30.

mangelhaften Unterlagen sei unmöglich.³³³ Dort, wo durch Eigeninitiative von Eltern oder Betroffenen genauere Daten erhoben wurden, zeigte sich durchweg eine höhere Zahl an Menschen mit Behinderung als die Schätzzahlen. Doch Behörden reagierten immer mit „Vertröstung“.³³⁴ Allgemein ist festzustellen, dass Befürworter einer Meldepflicht stets höhere Zahlen angaben und Gegner einer Meldepflicht diese kritisierten und niedriger schätzten. Zahlen wurden auf beiden Seiten gerne als Argument verwendet.

Die deutsche Ärzteschaft fürchtete durch eine Einführung der Meldepflicht einen zu großen staatlichen Einfluss, staatliche Hilfe sollte nach ihrer Meinung freiwillig sein. Außerdem bekamen mit aufkommender Computerisierung Daten durch größere Nutzungsmöglichkeiten mehr Macht und deren Missbrauchsmöglichkeit wurde weitreichender. Dieser „perfekte Verwaltungsstaat“ greife damit in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ein, dies sei „das Ende der Individualmedizin überhaupt.“³³⁵ Wenn der Staat ungebeten als Institution in das Behandlungsverhältnis eintrete, könne er „wenn er will, dort sogar ungebeten die Führung übernehmen.“³³⁶ Der Schutz der ärztlichen Schweigepflicht war immer noch das zentrale Argument der Ärzteschaft gegen eine Meldepflicht. Auch in dieser Phase der Diskussion machte die Ärzteschaft konstruktive Vorschläge anstelle einer Meldepflicht: Die erforderlichen Daten zu Planungszwecken könnten auch durch statistische Meldungen oder demographische Untersuchungen gewonnen werden.³³⁷ Außerdem käme den Früherkennungsuntersuchungen eine bedeutende Rolle zu. In der Regel kämen die Eltern mit ihren Kindern zum Arzt und eine Meldepflicht wäre überflüssig. Kämen sie nicht, könne man sie auch nicht melden. Für die „Dunkelziffer“ der nicht vorgestellten Behinderungen könne man Ärzte nicht verantwortlich machen, „allenfalls die ‚Gesellschaft‘, die einzelne ihrer Mitglieder (noch immer?) der ‚Schande‘ wegen zum Verbergen krankhafter Angehöriger veranlaßt. Hier hilft keine noch so

³³³ Vgl. KLEE 1974, S. 28f.

³³⁴ Vgl. ebd., S. 31+47.

³³⁵ VOGT 1974, Dtsch Arztebl Heft 20, S. 1446.

³³⁶ Ebd., S. 1448.

³³⁷ Vgl. ebd.

perfekte Meldepflicht weiter.“³³⁸ Der ärztliche Stand schlug vor, die chiffrierten Meldevordrucke wieder zu vereinfachen, Informationsblätter lebensnäher zu gestalten, Gesundheitsämter personell in die Lage ihrer Beratungs- und Steuerungsfunktion zu versetzen, die Kooperation der Ämter mit Ärzten zu verbessern, den Ausbau von Einrichtungen „nicht nur verbal“ voranzutreiben und das Verständnis der Gesellschaft durch Aktionen zu erreichen.³³⁹ Ärzte warfen der geplanten Meldepflicht im RehaAnglG vor, ohne genannte Maßnahmen hätte dieses nur „Alibifunktion“ und würde die Eigeninitiative des Behinderten lähmen. Eine obligatorische Meldung erwecke bei Abgeordneten und zuständigen Ministerien den Eindruck, alles sei bestens geregelt und sie wären „einen politisch unangenehmen ‚Schwarzen Peter‘ los.“³⁴⁰ Damit könnten sie ihr Gewissen und das der Öffentlichkeit beruhigen. Ob dann aber wirklich eine Verbesserung in der Umsetzung herbeigeführt würde, oder eher eine Verschlechterung, kümmere dann niemanden mehr.³⁴¹

Ein großes Hindernis des erfolgreichen Ausbaus der Rehabilitationsmöglichkeiten waren undurchsichtige Ressorts der vielfältigen Zuständigkeitsstellen, verschiedener Kostenträger und Kooperationsschwierigkeiten im gesamten Rehabilitationsablauf. Im Jahre 1974 wurde deshalb das RehaAnglG verabschiedet. Die von manchen Verbänden und Politikern geforderte ärztliche Meldepflicht für Behinderte wurde dabei nicht aufgenommen.³⁴² Jedoch wurde ein „therapeutisches Mitteilungsverfahren“ verankert, das Menschen mit Behinderung dazu motivieren sollte, Rehabilitationsmaßnahmen freiwillig und aus eigenem Antrieb heraus wahrzunehmen.³⁴³ Bisher konnte eine Person mit Behinderung je nach zuständigem Träger stark divergierende Zuwendungen erhalten. Das Gesetz sollte jetzt die Leistungen harmonisieren und die Zuständigkeit der Sozialleistungsträger klären, darunter die Kriegsopferversorgung, die gesetzliche

³³⁸ VOGT 1974, Dtsch Arztebl Heft 20, S. 1448.

³³⁹ Vgl. ebd., S. 1450.

³⁴⁰ Ebd.

³⁴¹ Ebd.

³⁴² Vgl. ebd. S. 1445.

³⁴³ Vgl. o.A. 1981, Dtsch Arztebl, Heft 9, S. 384.

Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung, die Bundesanstalt für Arbeit und die Sozialhilfe.³⁴⁴ Erstmals erhielten auch die Krankenkassen einen Rehabilitationsauftrag, was insbesondere Kindern mit Behinderung zu Gute kam, die bisher nur sehr geringe Leistungen von den Krankenkassen erhalten hatten.³⁴⁵ Die Koordination der einzelnen Maßnahmen sollte folgendermaßen geregelt werden:

„Der jeweils zuständige Sozialleistungsträger muß schon bei der Einleitung medizinischer Maßnahmen, während ihrer Durchführung und nach Abschluß prüfen, ob durch weitere berufsfördernde Maßnahmen die Erwerbstätigkeit des Behinderten erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Wenn mehrere Maßnahmen erforderlich sind, muß der Sozialleistungsträger einen Gesamtplan zur Rehabilitation aufstellen, ‚der alle Maßnahmen umfaßt, die für den Betreuten erforderlich sind um eine vollständige und dauerhafte Eingliederung zu erreichen.‘ Der Gesamtplan soll auch ein Zeitplan sein, so daß sichergestellt ist, daß die einzelnen Maßnahmen lückenlos ineinandergreifen.“³⁴⁶

Doch auch hier war der Wunsch weitergehend als die Ausführung. Sowohl gemeinsame Beratungsstellen, die im Gesetz ebenfalls vorgesehen worden waren, als auch „ein individueller und trägerübergreifender Rehabilitationsplan wurden [...] nicht realisiert.“³⁴⁷

Im *Deutschen Ärzteblatt* wurde am Ende der 1970er Jahr kein Artikel mehr über die Meldepflicht für behinderte Kinder publiziert. Es liegt nahe, dass die Ärzteschaft mit dem Kompromiss einer chiffrierten Meldung einverstanden war und es deshalb auch keinen weiteren Grund zur Diskussion gab. Es stand in diesen Jahren keine Gesetzesänderung an und gab wohl auch ansonsten keine erwähnenswerten Forderungen nach einer umfassenderen Meldepflicht. Das Problem der Koordinierungsschwierigkeiten war erkannt worden und wurde von der Politik bearbeitet. 1976 gab sie den „Bericht der Bundesregierung über Maßnahmen für eine wirksame Koordinierung im institutionellen Bereich der Rehabilitation“ heraus. Bisher war die dringlichste Forderung nach einer

³⁴⁴ Vgl. JANSEN (Hrsg.) 1977, S. 26.

³⁴⁵ Vgl. BöSL 2009, S. 157.

³⁴⁶ JANSEN (Hrsg.) 1977, S. 27f.

³⁴⁷ WELTI 2005, S. 234.

Meldepflicht von der notwendigen Bedarfsplanung ausgegangen, dieser Bericht stellte aber durchaus Möglichkeiten zur Bedarfsermittlung ohne eine Meldepflicht vor:

„Zur Bedarfsermittlung können die bei den einzelnen Rehabilitationsträgern vorliegenden Erfahrungswerte herangezogen werden. Der Verband deutscher Rentenversicherungsträger ist mit der Durchführung einer umfassenden Analyse aller bestehenden medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, einer eingehenden Bedarfsermittlung und einer zukunftsorientierten Gesamtplanung im Bereich der Rentenversicherung unter Berücksichtigung der Aufgaben und Maßnahmen anderer Rehabilitationsträger befaßt. Das Programm ist umfassend und differenziert genug, um mit seinen Ergebnissen als Basis für die weitere Planung in diesem Bereich zu dienen.“³⁴⁸

Auch dieser Optimismus könnte die Forderungen für eine Meldepflicht gedämpft haben.

Im Verlauf der 1970er Jahre wurde das Thema Behinderung zunehmend auch im *Deutschen Ärzteblatt* thematisiert. Ärztlicherseits wurde der Themenkomplex „Rehabilitation“ aufgegriffen. Es finden sich zum Beispiel Ausarbeitungen zum Umgang mit Kindern mit einer Behinderung³⁴⁹ und den Aufgaben des Arztes in Behindertenwerkstätten³⁵⁰ im *Deutschen Ärzteblatt*, die Fortbildung im Jahr 1978 wurde explizit auf „das behinderte Kind“ und die „Schwangerschaftsvorsorge und Perinatalogie“³⁵¹ ausgerichtet und über das „Internationale Jahr der Behinderten“ 1981 wurde mehrfach berichtet.³⁵² Es ist anzunehmen, dass die allmählich sichtbar werdenden positiven Entwicklungen sowohl bezüglich der Wahrnehmung von Behinderung in der Gesellschaft als auch in Richtung effizienter Koordination der Rehabilitation und Bereitstellung von Finanzen dem Kampf um die Meldepflicht für behinderte Kinder langsam den Grund entzogen.

Eine kurze Diskussionsphase eröffnete sich nochmal 1980 im Zusammenhang mit der Forderung nach einer gesetzlichen „Zwangsregistrierung“ für mehrere

³⁴⁸ DEUTSCHER BUNDESTAG 1976, Unterrichtung, Drucksache 7/5575, S. 13.

³⁴⁹ Vgl. BACH 1975, Dtsch Arztebl, Heft 51, S. 3469-3472.

³⁵⁰ Vgl. STRALAU 1978, Dtsch Arztebl, Heft 28, S.1647f; O.A. 1978, Dtsch Arztebl, Heft 37, S. 2030.

³⁵¹ BÄK 1977, Dtsch Arztebl, Heft 44, S. 2605.

³⁵² Vgl. z.B. GRABEN 1981, Dtsch Arztebl, Heft 7, S. 266ff.

Erkrankungen im Zuge des Entwurfs eines „Gesetzes zum Schutz vor gefährlichen Stoffen“, in der Umgangssprache „Chemikaliengesetz“ genannt. Dieses berührte ähnliche Bereiche wie die Meldepflicht für behinderte Kinder. Gleichzeitig wurde wieder einmal vom *Reichsbund der Kriegsoffer, Behinderten, Sozialrentner Deutschlands e.V.* eine Meldepflicht für behinderte Kinder gefordert. Das *Deutsche Ärzteblatt* verurteilte beide Forderungen als „Überflüssigen Meldezwang“. Dem *Reichsbund* warf es vor, dass er

„nur deswegen eine Registrierungspflicht fordert, um die Zahl der Behinderten [...] in der öffentlichen Diskussion möglichst groß scheinen zu lassen. Als vermeintlich wahre Sachwalter der Behinderten könnten die ehrgeizigen Funktionäre im vorparlamentarischen Raum dann noch mehr Einfluß nehmen wollen.“³⁵³

Die Bundesärztekammer lehnte das „Chemikaliengesetz“ aus ähnlichen, schon von der Meldepflicht bekannten, Argumenten ab: die ärztliche Schweigepflicht und die Wahrung des Persönlichkeitsrechts schienen im Hinblick auf eine elektronische Verarbeitung der Daten noch wichtiger zu sein und weiterhin fürchtete die Ärzteschaft, durch diesen „Meldezwang“ gingen Patienten eher gar nicht mehr zum Arzt, was die Früherkennung und –behandlung eher erschwere. Der Hinweis auf die NS-Vergangenheit wurde ebenfalls wieder aufgegriffen, man solle nicht vergessen, „dass hierzulande schon großes Unheil angerichtet worden ist, indem Behinderte „amtlich“ registriert wurden.“³⁵⁴ Außerdem gaben Ärzte zu bedenken, dass die Einforderung intimster Patientendaten nur aus wissenschaftlichem Interesse nicht verhältnismäßig sei. Ursachen für beispielsweise Krebserkrankungen ließen sich auch mit einem anonymen, freiwilligen Krebsregister ermitteln, was die Bundesärztekammer befürwortete.³⁵⁵ Zu diesem Bericht wurden in den folgenden Wochen vier Leserbriefe im *Deutschen Ärzteblatt* abgedruckt. Drei davon plädierten für eine Meldepflicht. Der Orthopäde Dr. Friedrich-Wilhelm Meinecke verteidigte die in seinen Augen dringend notwendige Meldepflicht, da man in vielen Bereichen nicht genügend Behandlungsmöglichkeiten habe: Die „tätigen Ärzte kennen diese Not und wissen nicht, wie

³⁵³ CLADE 1980, Dtsch Arztebl, Heft 2, S. 45.

³⁵⁴ Ebd.

³⁵⁵ Vgl. ebd.

dieser gordische Knoten durchschlagen werden soll.“³⁵⁶ Ein mögliches Missbrauchspotential der sensiblen Daten wies er von der Hand: Hinweise auf die nationalsozialistische Vergangenheit „verm[ögen] nun wirklich nicht mehr zu überzeugen, oder haben wir nichts dazugelernt?“ Er fragt weiter: „Wie schwach muß dieser demokratische Staat sein, wenn es ihm nicht gelingt, erkennbare Zeichen des Mißbrauches einer solchen Kartei bereits im ersten Ansatz sofort zu unterbinden?“³⁵⁷ Die *Essener Aktion gegen Umweltzerstörung* sprach sich klar für eine Meldepflicht der Karzinomerkrankungen aus: „Dies ist der einzige Weg, um auch in der Folgezeit bei größeren Umweltschäden [...] letztlich über die Jahre ein klares Bild zu erhalten. Alles andere ist Augenwischerei und bringt uns keinen Schritt vorwärts[...].“³⁵⁸ Ein weiterer Orthopäde, Dr. Peter Simon äußerte Kritik an seinen Kollegen. Gegen andere Meldungen, die ebenfalls Patientendaten offenbarten, habe man nichts. Er fragte sogar, ob es an der Bezahlung läge, dass hierbei kein Widerstand aufkomme? Es sei auch überraschend, dass Elternverbände mit der Meldepflicht keine Probleme hätten: „Die meisten Eltern wissen nur zu genau, daß man ihnen für ihre behinderten Kinder nur dann eine wirklich gezielte und umfassende Hilfe anbieten kann, wenn man diese Kinder auch wirklich kennt.“³⁵⁹

Der Kinderarzt Dr. Kurt Nitsch hingegen gab zu bedenken, dass eine Meldepflicht zu frühem Zeitpunkt aufgrund der Meldung von Verdachtsfällen, die sich oft später gar nicht bestätigten, nicht sinnvoll sei. Viel wichtiger sei die Information der Bevölkerung und für junge Eltern an Stelle einer „Meldepflicht und Auslösung eines ‚Mühlen-Mechanismus‘ bürokratischer Art das Recht [...], alle Arten von Handicaps schnell erfaßt und in den Grenzen der Möglichkeiten überwunden zu sehen.“³⁶⁰ Vergleichsweise zweitrangig erschiene dann die Frage, ob man für Schule, Ausbildung und Eingliederung überhaupt noch Meldepflichten benötige.

³⁵⁶ MEINECKE 1980, Dtsch Arztebl, Heft 11, S. 702.

³⁵⁷ Ebd.

³⁵⁸ POMP 1980, Dtsch Arztebl, Heft 11, S. 702.

³⁵⁹ SIMON 1980, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1343.

³⁶⁰ NITSCH 1980, Dtsch Arztebl, Heft 17, S. 1152.

Formulare, Pflichten, Verwaltungsaufwand und Bürokratie förderten die Ziele der Früherkennung und –behandlung seiner Meinung nach jedenfalls nicht.³⁶¹

Im Jahr 1981 trug der *Reichsbund der Kriegsopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e.V.* auf einem Kongress wiederholt die Forderung nach einer namentlichen Meldepflicht für behinderte Kinder vor.³⁶² Das war auch eine der Hauptforderungen zusammen mit dem *Weltverband der Behinderten*³⁶³ (*FIMITIC* = *Fédération Internationale des Mutilés, des Invalides du Travail et des Invalides Civil*), um die frühzeitige Erfassung und Frühbehandlung zu sichern. Er begründete diese Forderung damit, dass „Eltern häufig die Behinderung ihres Kindes viel zu spät bemerken oder gar aus Furcht vor der Öffentlichkeit ihr behindertes Kind verstecken.“³⁶⁴ Und wieder reagierte die Bundesärztekammer mit Ablehnung: „Die Argumentation des *Reichsbundes* sei trotz jahrzehntelanger Diskussion über dieses Thema keineswegs überzeugender geworden [...]“³⁶⁵. Das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft würde dadurch empfindlich gestört, denn oft „wünschen Behinderte und ihre Eltern gerade nicht, einer staatlichen Stelle gemeldet und dort erfaßt zu werden.“³⁶⁶ Am Ende des Jahres wurde Bilanz zum „Jahr der Behinderten“ gezogen: „Selten zuvor habe ein von den Vereinten Nationen ausgerufenes Jahr so viel an Information und Verständnis gebracht wie dieses [...]“³⁶⁷ Es sei ein positiver „Wandel in der Einstellung der Bevölkerung“ zu verzeichnen. Dennoch waren die Betroffenen selbst nicht gänzlich überzeugt, dass empfohlene Veränderungen im Alltag auch andauern würden.³⁶⁸

Um 1980 war ein Wandel des Bildes von Behinderung zu verzeichnen. Dies war die Folge von jahrelangen Bemühungen, die hauptsächlich in den 1970ern begonnen hatten. Zahlreiche Selbsthilfegruppen hatten sich formiert und

³⁶¹ Vgl. NITSCH 1980, Dtsch Arztebl, Heft 17, S. 1152.

³⁶² Vgl. O.A. 1981, Dtsch Arztebl, Heft 9, S. 384.

³⁶³ Heute: Internationaler Verband körperbehinderter Menschen

³⁶⁴ O.A. 1981, Dtsch Arztebl, Heft 13, S. 595.

³⁶⁵ O.A. 1981, Dtsch Arztebl, Heft 9, S. 384.

³⁶⁶ Ebd.

³⁶⁷ O.A. 1981, Dtsch Arztebl, Heft 52/53, S. 2472.

³⁶⁸ Vgl. ebd.

konfrontierten mit medienwirksamen Aktionen Politik und Gesellschaft mit den bestehenden Benachteiligungen. Menschen mit Behinderung wurden erstmals auch selbst zu politischen Akteuren.³⁶⁹ Durch die Sozialwissenschaften, die sich seit Jahren vermehrt in die Forschung einbrachten, wurde schrittweise die soziale Bedingtheit von Behinderung in das bisher individuell-medizinische Modell von Behinderung eingebracht. Mediziner hatten nun nicht mehr die hegemoniale Stellung in diesem Bereich.³⁷⁰ All dies führte allmählich zu einer Neudefinition von Behinderung, sie war nun nicht mehr vorrangig körperliches Defizit sondern eine Andersheit. In Folge rückte der bisherige Rehabilitationsgedanke der Angleichung an die „Normalität“ in den Hintergrund und die Befreiung aus der Opferrolle und der Abbau von Barrieren im Alltag von Menschen mit Behinderung wurde ein vorrangiges Ziel. Bislang war als Ursache für Einschränkungen die Behinderung angesehen worden, nun war es zunehmend die Umwelt mit ihren Hindernissen.³⁷¹ Das bisher vorrangige Ziel der Früherkennung und umfassenden Rehabilitation musste unter dieser Vorstellung in den Hintergrund treten. Sicherlich spielte diese Neudefinition von Behinderung eine entscheidende Rolle in der Debatte um die Meldepflicht für behinderte Kinder. Statistiken und Meldepflichten konnten vielleicht auf die Behinderung Einfluss nehmen, aber nicht auf die Gesellschaft. Es scheint, dass mit der stückweisen Veränderung der Wahrnehmung über Behinderung auch der Diskurs um eine Meldepflicht überflüssig wurde.

Die letzte Erwähnung der umstrittenen Meldepflicht für Behinderte findet sich beiläufig in einem Referat zum „Datenschutz in der ärztlichen Praxis“, das auf dem 85. Deutschen Ärztetag gehalten und 1982 im *Deutschen Ärzteblatt* abgedruckt wurde. Hier wurde die Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht in verschiedenen Bereichen wie z.B. auch dem Seuchen- oder Arbeitsschutzgesetz thematisiert. Eine Meldepflicht für Behinderungen und Kindesmisshandlungen wurde dabei weiter aus den altbekannten Gründen abgelehnt, da sie nicht durch

³⁶⁹ Vgl. BöSL, Elsbeth 2010: Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland aus Sicht der Disability History. In: APuZ, Nr. 23, 7. Juni, S. 9.

³⁷⁰ Vgl. ebd.

³⁷¹ Vgl. ebd., S. 11.

höheren Schutz der Allgemeinheit legitimiert sei und dennoch den Nachteil berge, dass Eltern ihre Kinder dann gar keinem Arzt mehr vorstellten.³⁷² Danach finden sich im *Deutschen Ärzteblatt* keine Beiträge mehr und der Diskurs endete dort.

Bis dato war die Meldepflicht für behinderte Kinder bei jeder anstehenden Gesetzesänderung im KGB bzw. BSHG eifrig diskutiert worden. Das geschah in den folgenden Jahren nicht mehr, z.B. gab es eine Neufassung des BSHG im Jahre 1994, die allerdings an der bestehenden Meldepflicht für Kinder mit Behinderung ohne Namensnennung nichts änderte.³⁷³ Es scheint, dass man sich in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zum Ausland ganz allgemein schwer mit der Erfassung mittels Meldepflichten tat. In fast allen anderen Staaten der Europäischen Gemeinschaft wurden zu Beginn der 1990er Jahre systematische Fehlbildungsregister geführt.³⁷⁴ Obwohl Deutschland besonders schlimm von der Contergan-Katastrophe betroffen gewesen war, wurden solche Register hier nicht erstellt. So war auch zehn Jahre nach dem Ende des Diskurses um eine Meldepflicht für behinderte Kinder im *Deutschen Ärzteblatt* 1993 in der Empfehlung des *Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer* zur Erhebung von Fehlbildungen zu lesen, dass zur Feststellung von zeitlichen und regionalen Häufungen dringend „[z]uverlässige, kontinuierliche und flächendeckende Angaben über die Häufigkeit und Art von Fehlbildungen“³⁷⁵ vonnöten seien. Trotz statistischer Meldepflicht für angeborene Fehlbildungen, die seit 1971 bestand, seien nur 10% wirklich erfasst, „unklare Definitionen der zu meldenden Fehlbildungen sowie unterschiedlicher Kenntnis- und Motivationsstand der Meldepflichtigen bedingen die substantiellen Mängel dieser Statistik, die zur Ursachenforschung nicht brauchbar ist.“³⁷⁶ Auch hier wurde demnach bemerkt, dass Meldepflichten zumindest teilweise schlichtweg nicht nachgekommen wurde. Die deutsche Ärzteschaft hatte sich im Verlauf der

³⁷² Vgl. OSTERWALD 1982, Dtsch Arztebl, Heft 26, S. B-61.

³⁷³ Vgl. O.A. 1994: Bekanntmachung der Neufassung des Bundessozialhilfegesetzes vom 23. März 1994. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 20, 7. April, S. 668.

³⁷⁴ Vgl. WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DER BÄK 1993, Dtsch Arztebl, Heft 9, S. A-649.

³⁷⁵ Ebd.

³⁷⁶ Ebd., vgl. auch QUEIßER-LUFT et al. 1994, Dtsch Arztebl, Heft 11, S. 747.

vergangenen Jahrzehnte auch gegen andere namentliche Meldepflichten gewehrt, wie zum Beispiel die Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten.³⁷⁷ Außerdem hatten sie sämtliche Meldepflichten kritisiert, die nicht aufgrund höherer Beweggründe wie dem Schutz der Allgemeinheit gerechtfertigt schienen: eine Meldepflicht für Schussverletzungen³⁷⁸, für missgebildete Neugeborene³⁷⁹, die Registrierung psychisch Kranker im Rahmen des Bundeszentralregistergesetzes³⁸⁰ und eine Meldepflicht für verschiedene (Krebs-)erkrankungen im Rahmen des sogenannten „Chemikaliengesetzes“.³⁸¹ Stets wurde die Wichtigkeit eines unbelasteten Arzt-/Patientenverhältnisses betont und auf die ärztliche Schweigepflicht verwiesen.

Für den Zeitraum von 1970 bis 1982 lässt sich konstatieren, dass auch hier die Diskussion um eine Meldepflicht wie schon zuvor immer dann besonders lebhaft war, wenn eine gesetzliche Änderung anstand. Der Anfang 1970 gesetzlich eingeführte Meldebogen konnte sich nicht flächendeckend durchsetzen und wurde nie in ausreichender Zahl von Ärzten eingereicht.³⁸² Die Befürchtung der Ärzteschaft, dass durch diesen umfangreichen Meldebogen eine Meldung erschwert und verzögert würde, bewahrheitete sich, wobei sicherlich die Abneigung der Ärzteschaft eine Rolle spielte.³⁸³ Im Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 wurde ein wichtiger Schritt vollbracht, indem Voraussetzungen für eine bessere Koordination der Rehabilitation geschaffen wurden.³⁸⁴ Eine vom *Reichsbund* und einigen Eltern, die durch genauere Fallzahlen schnelle Hilfe seitens der Regierung erwarteten, geforderte Meldepflicht wurde hier nicht realisiert.³⁸⁵ Um 1980 wurde der Aufbau eines nationalen Krebsregisters und das sogenannte „Chemikaliengesetz“ diskutiert, welches Meldepflichten für einige

³⁷⁷ Vgl. BÄK 1968, Dtsch Arztebl, Heft 20, S. 1177; BÄK 1969, Dtsch Arztebl, Sondernummer, 21. Mai, S. 1473.

³⁷⁸ Vgl. O.A. 1959, Arztl Mitt, Heft 25, S. 855f.

³⁷⁹ Vgl. O.A. 1967, Dtsch Arztebl, Heft 27, S. 1462.

³⁸⁰ Vgl. O.A. 1971, Dtsch Arztebl, Heft 2, S. 51ff.

³⁸¹ Vgl. CLADE 1980, Dtsch Arztebl, Heft 2, S. 45.

³⁸² Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung, Drucksache 7/654, S. 13.

³⁸³ Vgl. ebd., S. 14.

³⁸⁴ Vgl. JANSEN (Hrsg.) 1977, S. 26.

³⁸⁵ Vgl. DÄ 1973, Dtsch Arztebl, Heft 19, S. 1240f; O.A. 1974: Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 92, 15. August, S. 1882.

Krankheiten beinhalten sollte. Auch in diesem Kontext erwähnten Mediziner erneut die bekannten Argumente gegen die Meldepflichten, insbesondere den negativen Einfluss auf die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient.³⁸⁶ Hierzu sprachen sich aber auch einige Ärzte durch Leserbriefe für eine Meldepflicht aus, die Meinung war innerhalb der Ärzteschaft nicht homogen. Vor allem Ärzte, die berufsbedingt öfter Fälle von zu später Behandlung sahen, waren für die Meldepflicht.³⁸⁷ Insgesamt gab es in der Bundesrepublik Deutschland allgemein größere Schwierigkeiten, Meldepflichten durchzusetzen und verlässliche Daten zusammenzutragen als beispielsweise in den USA oder anderen Staaten der Europäischen Gemeinschaft.³⁸⁸ Wahrscheinlich spielte das immer wieder erwähnte Missbrauchspotential einer Meldeliste aufgrund der national-sozialistischen Vergangenheit dabei eine große Rolle. In dieser Phase des Diskurses waren auch Wandlungen bezüglich des Bildes über Menschen mit Behinderung zu verzeichnen: sie wurden vom Objekt, das an die Gesellschaft angepasst werden musste, und im Verlauf auch die Umgebung an den Menschen mit Behinderung, zum Subjekt, das selbst aktiv sein Leben gestaltet.³⁸⁹ Durch die Forschung über Behinderung von sozialwissenschaftlicher Seite fand eine Neudefinition von Behinderung statt: sie wurde vom rein medizinischen Behinderungsbegriff einer möglichst zu beseitigenden Normabweichung immer mehr zu einem dynamischen gesellschaftlichen und kulturellen Konstrukt.³⁹⁰ Ebenso wurde die Bevölkerung besser informiert und aufgeklärt und überdachte allmählich ihre Vorurteile.³⁹¹ In der Ärzteschaft wurde die Aus- und Fortbildung zum Thema Behinderung und Früherkennung intensiviert,³⁹² von der Regierung wurde ein viel größeres Finanzvolumen für Rehabilitationszwecke bereitgestellt.³⁹³ All dies wirkte zusammen, sodass aufgeklärte Eltern ihre Kinder zu Ärzten brachten, diese die Behinderungen auch erkannten und Eltern an

³⁸⁶ Vgl. CLADE 1980, Dtsch Arztebl, Heft 2, S. 45.

³⁸⁷ Vgl. MEINECKE 1980, Heft 11, S. 702.

³⁸⁸ Vgl. BöSL 2009, S. 251; Vgl. WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DER BÄK 1993, Dtsch Arztebl, Heft 9, S. A-649.

³⁸⁹ Vgl. BöSL 2009, S.19 + 50f.

³⁹⁰ Vgl. BöSL 2010: Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland aus Sicht der Disability History. In: APuZ, Nr. 23, 7. Juni, S. 8.

³⁹¹ Vgl. o.A. 1981, Dtsch Arztebl, Heft 52/53, S. 2472.

³⁹² Vgl. BÄK 1977, Dtsch Arztebl, Heft 44, S. 2605.

³⁹³ Vgl. BöSL 2009, S. 147.

kompetente Beratungsstellen überweisen konnten. Für sie waren zunehmend ausreichende Plätze in geeigneten Einrichtungen vorhanden. Außerdem konnten mit dem Ausbau der Mutterschaftsvorsorge, Pränataldiagnostik und Fortschritten in der Perinatalmedizin einige Behinderungen schon verhindert oder zumindest frühzeitig diagnostiziert werden. Die Situation von Menschen mit Behinderung begann sich so durch verschiedene Einflussfaktoren langsam zu verändern.

5 Fazit

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit war, den Diskurs innerhalb der deutschen Ärzteschaft um die Meldepflicht für behinderte Kinder zu analysieren, wie sie im *Deutschen Ärzteblatt* als Sprachrohr des ärztlichen Standes getragen wurde und dabei die gesellschaftspolitischen Einflüsse auf die Debatte herauszuarbeiten und das Gewicht der Meinung der Ärzteschaft auf die Gesetzgebung darzustellen. Es konnte gezeigt werden, dass der innerärztliche Diskurs im Wesentlichen in drei Phasen verlief und der Auslöser für eine neue Diskussionswelle stets die Forderung nach oder die Beratung um eine Gesetzesänderung bezüglich der Meldepflicht für Behinderte war.

Insgesamt wurde der Diskurs in den *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. im *Deutschen Ärzteblatt* mit 63 veröffentlichten Artikeln in 30 Jahren verhältnismäßig spärlich thematisiert. Dennoch wurde er zeitweise sehr hitzig geführt. Welcher Argumentation folgte der Diskurs dabei, wie veränderte er sich in den verschiedenen Phasen und welche Ereignisse in Politik und Gesellschaft prägten ihn? Gegner und Befürworter einer Meldepflicht innerhalb der Ärzteschaft verfolgten eigentlich dasselbe Ziel, nämlich von der bloßen „Krüppelfürsorge“ weg hin zur modernen Rehabilitation. Sie wollten dieses jedoch unterschiedlich erreichen: Während für die Befürworter eine Meldepflicht für behinderte Kinder Voraussetzung für den Erfolg aller Rehabilitationsmaßnahmen war, sahen Gegner durch diesen Zwang einen gelungenen Rehabilitationsprozess in Gefahr. Die grundlegende Argumentation veränderte sich über drei Jahrzehnte hinweg kaum, sie erfuhr lediglich Modifikationen. Die Argumente wurden oft wiederholt und umfassten im Wesentlichen dieselben Darlegungen, wie sie in der Bundestagsdebatte von 1956 von Abgeordneten, die auch Mediziner waren, ausgeführt wurden.

Von Beginn der Diskussion bis zum Ende stellten die Wahrung der Schweigepflicht und der Schutz des guten Arzt-/Patientenverhältnisses das zentrale Anliegen der Ärzteschaft dar. Elsbeth Bösl kam in ihren Recherchen zu dem Schluss, dass zwar andere Argumente in der Debatte um die Meldepflicht für

behinderte Kinder vorgebracht wurden, es aber eigentlich darum ging, „Zugriffe des öffentlichen Gesundheitswesens auf die niedergelassenen Ärzte zu verhindern.“³⁹⁴

In den 1950ern beherrschte das Thema „Früherkennung von Behinderungen“ den Diskurs. Befürworter einer gesetzlichen Meldepflicht sahen nur durch Meldung die rechtzeitige Diagnose und damit Verminderung verpasster Behandlungschancen gesichert, Ärzte hingegen plädierten für den Weg der Information und Einsicht, des Vertrauens und der Eigeninitiative. Sie forderten die bessere Aufklärung der Gesellschaft und einen Wandel in der Wahrnehmung von Behinderung, damit Eltern ihre Kinder mit Behinderung nicht vor der Öffentlichkeit verstecken müssten. Sie argumentierten mit demokratischen Werten wie dem Persönlichkeitsrecht und dem Recht der Eltern und blickten dabei auf vorbildliche Rehabilitationsmodelle westlicher Länder. Auch die Gegner argumentierten mit der Wahrung von Grundrechten: dem Recht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit. In ihren Darlegungen übernahmen Ärzte die Rolle des Anwalts ihrer Patienten und kämpften für ein unbelastetes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Bundestagsabgeordnete, die gleichzeitig Mediziner waren, hatten somit entscheidenden Einfluss darauf, dass das Körperbehindertengesetz von 1957 nicht wie vorgesehen eine Meldepflicht für alle Kinder mit Behinderung enthielt, sondern mit einer deutlich eingeschränkten Meldepflicht für behinderte Kinder verabschiedet wurde, nämlich nur für den Fall der Vernachlässigung einer notwendigen Behandlung.

Auch gesellschaftspolitische Themen wie der unsichere Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit zeigten sich in der Debatte um die Meldepflicht für Behinderte. Dabei herrschte in den 1950er Jahren Verdrängung vor, die in den 1960er Jahren trotz einer ersten Aufarbeitung der NS-Verbrechen anhielt. Die Vergangenheitsbewältigung erregte dabei aber öffentliche Aufmerksamkeit und lieferte Ärzten ein willkommenes Argument gegen eine Meldepflicht: Zukünftige Amtsträger könnten die Daten dieser „Meldelisten“ missbrauchen.

³⁹⁴ BöSL 2009, S. 252.

Gleichzeitig sorgte der Demokratiediskurs für das Gegenargument: In einer so starken Demokratie könne Missbrauch verhindert werden.

Anfang 1961 flossen die Vorgänge um den „Contergan-Skandal“ in die Debatte um die Meldepflicht für behinderte Kinder mit ein. Die Frage, ob eine Meldepflicht für alle behinderten Kinder, wie sie ursprünglich im Gesetzentwurf zum Körperbehindertengesetz vorgesehen war, das Ausmaß der Katastrophe nicht hätte verringern können, wurde von Ärzten widerlegt und verebbte bald. Die „Contergan-Katastrophe“ wurde somit nicht zum diskursiven Ereignis, das den Diskurs bedeutend geändert hätte, sondern führte nur zu einer vermehrten Beschäftigung unter diesem Aspekt. Die öffentliche Aufmerksamkeit, die den „Contergan-Kindern“ zuteilwurde, verlieh der allgemeinen Situation von Kindern mit Behinderung aber mehr Interesse und machte später die nur zäh anlaufende und mangelhafte staatliche Hilfe für die Opfer publik. Das wiederum war auch für Ärzte ein willkommenes Argument gegen den weiteren Vorteil einer Meldepflicht, wenn schon vorhandene Möglichkeiten bei Weitem nicht ausgeschöpft wurden. Zum Problem der Früherkennung erarbeitete der 69. Ärztetag 1966 ein umfangreiches freiwilliges Vorsorgeprogramm für Kinder und leistete damit einen konstruktiven Beitrag zur Lösung des Problems auf Basis der Eigeninitiative.

Ab Mitte der 1960er Jahre und in den 1970er Jahren beeinflusste der Planungsgedanke stark den Diskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder. Politisch wurden genaue Zahlen zur Bedarfsplanung gefordert, ohne die keine ausreichenden Einrichtungen geschaffen werden könnten. Missstände in der Versorgung von Menschen mit Behinderung waren gravierend und drangen zunehmend auch an die Öffentlichkeit. Ärzte wurden zunehmend bezichtigt, mit ihrer ablehnenden Haltung gegenüber Meldepflichten der Schaffung von Institutionen im Weg zu stehen. Aufgrund des öffentlichen Drucks verhandelte die Bundesärztekammer den Mittelweg einer chiffrierten Meldepflicht, die zur Schaffung einer Bedarfsgrundlage ausreichen und ohne Nennung des Namens die ärztliche Schweigepflicht respektieren und das vertrauensvolle Arzt-/Patientenverhältnis schützen sollte. Er wurde 1969 in das Bundessozialhilfegesetz aufgenommen, das Ärzte somit auch maßgeblich mitbestimmt hatten.

Schlichten konnte dieser Mittelweg den Streit allerdings nicht, denn durch die 1970 vorgestellten Verwaltungsvorschriften sollte ein so umfangreicher Meldebogen eingeführt werden, der in Einzelfällen unter Umständen eine Identifikation der Person zugelassen hätte und damit dem Anspruch auf Anonymität nicht gerecht wurde. Dies mag der Grund dafür gewesen sein, dass der Meldebogen von Ärzten kaum zurückgeschickt und somit nie flächendeckend eingesetzt wurde.³⁹⁵ Dennoch stimmte der öffentliche Vorwurf nicht, fehlende Zahlen - und damit die Ärzteschaft mit ihrer Ablehnung einer Meldepflicht - wären an den fehlenden Grundstrukturen schuld. Es gab auch Vorhaltungen, wie sie zum Beispiel Ernst Klee in seinem „Behindertenreport“ 1974 formulierte, wonach genaue Zahlen von politischer Seite absichtlich nicht erhoben wurden, damit man keine Gelder für diese „unbekannte“ Gruppe ausgeben müsste.³⁹⁶ Ob das so stimmte, lag nicht im Untersuchungsbereich dieser Arbeit. Jedoch konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass Koordinationsschwierigkeiten der Behörden ganz wesentlich für den Misserfolg der neuen Rehabilitationsbemühungen waren. Die Regierung Willy Brandt stellte 1970 ihr „Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation des Behinderten“ vor, das im Verlauf der 1970er Jahre endlich zielführende Verbesserungen in der Rehabilitation auf den Weg brachte. Dies geschah trotz der wirtschaftlichen Rezession, die um 1973 auch Deutschland erfasste und einige Bemühungen dämpfte. Als Erfolg ist insbesondere das Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 zu erwähnen, welches die Koordination von Rehabilitationsmaßnahmen verbesserte. Auch hier wurde, wie von manchen Verbänden gefordert worden war, keine namentliche Meldepflicht verankert.

Trotzdem waren Ende der 1970er Jahre deutliche Fortschritte zu verzeichnen: der Bedarf für die Einrichtungen war auch ohne Meldepflicht durch Erfahrungswerte schon bestehender Institutionen und anderweitiger Erhebungen ermittelt worden. Sonderkindergärten, Sonderschulen, und Rehabilitationszentren entstanden vielfach auf Initiative von Elternverbänden. Das Bild von Behinderung in der Gesellschaft wandelte sich zunehmend und die mediale Aufklärung trug

³⁹⁵ Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1973, Unterrichtung, Drucksache 7/654, S. 13.

³⁹⁶ Vgl. KLEE 1974, S. 31.

weiter dazu bei, dass Eltern von Angeboten und wirksamer Therapie erfuhren und ihre Kinder freiwillig bei Ärzten vorstellten. Die Früherkennungsuntersuchungen wurden immer mehr in Anspruch genommen. Ganz entscheidend für die Veränderung des Bildes über Behinderung waren zwei Dinge: Erstens die sich seit den 1970er Jahren formierenden Emanzipationsbewegungen von Menschen mit Behinderung, die öffentlich auf ihre benachteiligte Situation aufmerksam machten. Zweitens kam gleichzeitig zunehmend ein sozialwissenschaftlicher Aspekt in den Diskurs um Behinderung hinein, der im Verlauf die sozial und kulturell bedingte Komponente der Behinderung betonte.³⁹⁷ Das führte zu einer schrittweisen Lösung vom bislang hauptsächlich von Medizinern geprägten Modell, in der Behinderung ein defizitärer Zustand war, dem man möglichst durch Angleichung an die „Norm“ begegnete.³⁹⁸ Die Neudefinition von Behinderung forderte nun den Abbau von Barrieren und damit eine Veränderung der Umwelt und echte Teilhabe am alltäglichen Leben.³⁹⁹

Viele Faktoren führten insgesamt dazu, dass die Meldepflicht für behinderte Kinder nicht mehr als Voraussetzung für Bemühungen in der Rehabilitation angesehen wurde, sondern ein immer besser funktionierendes System die Meldepflicht schrittweise überflüssig machte. Ärzte waren mit dem geltenden Kompromiss einer nichtnamentlichen Meldung einverstanden und hatten damit keinen Grund, eine Gesetzesänderung zu ersuchen. Mit dem Ausbau des Rehabilitationssystems musste auch von Befürwortern keine Meldepflicht mehr gefordert werden, denn die Hauptgründe „Planung von Einrichtungen“ und „Früherkennung“ waren auf anderem Wege verbessert worden. Die „Meldepflicht für behinderte Kinder“ wurde damit nicht von heute auf morgen abgeschafft, sondern erstens gar nie flächendeckend angewendet, auch wenn sie gesetzlich bestand, und zweitens verschwand das Interesse der Beteiligten daran aufgrund genannter Veränderungen im Verlauf der 1980er Jahre, sodass zuerst die Diskussion verebbte und im Jahr 2001 auch das Meldegesetz formal

³⁹⁷ Vgl. BöSL, Elsbeth 2010: Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland aus Sicht der Disability History. In: APuZ, Nr. 23, 7. Juni, S. 9.

³⁹⁸ Vgl. ebd., S. 8.

³⁹⁹ Vgl. BöSL 2009, S. 327.

verschwand.⁴⁰⁰ Insofern hatte ein Großteil der Ärzteschaft damit richtig gelegen, zur adäquaten Hilfe für Betroffene zuallererst die Information und Einsicht der Bevölkerung und den politischen Willen einzufordern, anstatt das Grundproblem in einer mangelhaften Erfassung zu sehen. Die Behauptung vieler Ärzte, die sie schon in den 1950er Jahren aufgestellt hatten, bewahrheitete sich: Mit Aufklärung und Angebot wurden Früherkennung und erfolgreiche Eingliederung von Kindern mit Behinderung verbessert – auch ohne eine umfassende Meldepflicht.

Diese Arbeit offenbarte aber auch eine andere Seite des ärztlichen Diskurses um die Meldepflicht: In gewisser Weise könnte der heftige Widerstand die Bemühungen für Menschen mit Behinderung auch verzögert haben. Es ist denkbar, dass politische Institutionen sich hinter der Ausrede, keine verlässliche Planungsgrundlage für den Bau von benötigten Einrichtungen zu haben, verstecken konnten.⁴⁰¹ Hätte man ihnen diese Planungsgrundlage gewährt, wären die wahren Versäumnisse eventuell schneller ans Licht gekommen und beseitigt worden. Hinderlich könnte im ärztlichen Diskurs um die Meldepflicht für behinderte Kinder auch gewesen sein, dass gerade durch das Standesorgan eine generelle Ablehnung der Meldepflicht induziert wurde. Das könnte auch den Erfolg der chiffrierten Meldepflicht, die das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gewahrt hätte, gehemmt haben. Die kämpferische Art, wie der Diskurs geführt wurde und die Verwendung von obsoleten Begriffen wie „Krüppel“, muten ebenfalls an, für das eigentliche Anliegen eher kontraproduktiv gewesen zu sein.

Welchen Einfluss hatten Ärzte auf den Diskurs um eine Meldepflicht für behinderte Kinder? Wurden durch ihre Bemühungen maßgebliche Verbesserungen für Menschen mit Behinderung erreicht? Über 30 Jahre hinweg verteidigte der ärztliche Stand vehement einen Eingriff in das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Arzt und Patient und ließ sich auf keine Übergriffe auf die ärztliche

⁴⁰⁰ Vgl. O.A. 2001: Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In: Bundesgesetzblatt I, Nr. 27, 22. Juni, S. 1064–1066.

⁴⁰¹ Vgl. KLEE 1974, S. 31.

Schweigepflicht ein. Dafür entwickelten Ärzte konstruktive Lösungsansätze und forderten auch Alternativen zur namentlichen Meldepflicht. Ein ganz wesentlicher Beitrag zur Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen war die Entwicklung des Vorsorgeuntersuchungsprogramms für Kinder, das stetig weiterentwickelt wurde und bis heute bundesweite Anwendung findet. Missstände wurden auch durch Ärzte aufgedeckt und kritisiert. Der Einfluss der Ärzteschaft war in der Debatte um die Meldepflicht für behinderte Kinder groß und führte zu gesetzlichen Veränderungen. Letztlich scheinen vor allem das Zusammenspiel von Bemühungen auf politischer Seite, der große Einsatz von Elternverbänden, bereitgestellte Finanzen, Aufklärung der Bevölkerung, die Wandlung des Bildes über Behinderung und insbesondere die Koordination aller Anstrengungen für die Verbesserung der Rehabilitation zielführend gewesen zu sein. Die verschiedenen Faktoren können nicht allein der Ärzteschaft zugeschrieben werden. Das genaue Gewicht ihres Beitrags lässt sich nicht isolieren.

Ein weiteres Anliegen dieser Analyse war die Beantwortung der Frage, ob das *Deutsche Ärzteblatt* objektiv berichtete oder eher versuchte, politische Positionen zu beeinflussen. Diese Arbeit konnte zeigen, dass die *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. das *Deutsche Ärzteblatt* bezüglich der Meldepflicht für behinderte Kinder selektiv berichtete. Der Bericht um die Bundestagsdebatte 1956 und Zeitungsstimmen wurden im *Deutschen Ärzteblatt* um die Stimmen gekürzt, die sich für eine Meldepflicht aussprachen. Meinungen, die zur Ansicht der Bundesärztekammer konträr waren, wurden in Form von Leserbriefen ab Mitte 1960 zwar abgedruckt, es fanden sich aber nie ausführliche Artikel pro Meldepflicht. So kann zusammenfassend festgestellt werden, dass die *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. das *Deutsche Ärzteblatt* nicht als neutrale Plattform einer objektiven Meinungsbildung fungierte, sondern durch einen redaktionellen Filter vielmehr die Meinung der Bundesärztekammer widerspiegelte und diese gerne als Standpunkt der gesamten Ärzteschaft darstellte. So versuchte es, die Meinung seiner Leser zu beeinflussen und standespolitische Interessen durchzusetzen. Es gab sicher ärztlichen Widerstand einer größeren Gruppe, jedoch müssen generalisierte Aussagen über den gesamten ärztlichen Stand mit Zurückhaltung behandelt werden. Die Bundesärztekammer bestand allerdings

auch nie darauf, dass sie die Meinung der gesamten Ärzteschaft vertrete, betonte jedoch, dass es nur vereinzelt Gegenstimmen gäbe.

Aufbauend auf den Erkenntnissen dieser Arbeit wäre von Interesse, auch andere medizinische Zeitschriften und Schriftverkehr im selben Zeitraum auf die innerärztliche Debatte zur Meldepflicht für behinderte Kinder zu untersuchen und herauszuarbeiten, wie homogen die Meinung des ärztlichen Standes war. Auch die Untersuchung des Gegendiskurses, beispielsweise innerhalb von Interessenverbänden wäre aufschlussreich. Dies könnte klären, ob für Ärzte andere, öffentlich unerwähnte Gründe für die Ablehnung einer Meldepflicht maßgebend waren und ob die Debatte um die Meldepflicht für behinderte Kinder insgesamt in den 1980er Jahren versiegte oder nur im *Deutschen Ärzteblatt* nicht mehr thematisiert wurde. Des Weiteren wäre ein Vergleich mit der DDR, wo schon seit 1956 namentliche Meldepflichten bestanden, hinsichtlich der Entwicklung der Rehabilitation interessant.⁴⁰² Wurden dort Behinderungen früher erkannt und führte die vorhandene Planungsgrundlage auch zum ausreichenden Vorhandensein von Institutionen für Menschen mit Behinderung? Und wie beeinflussten dort Meldepflichten das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten? Der Vergleich mit dem Ausland, insbesondere mit dem als vorbildlich bewunderten Westen, hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Planung und Umsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen wäre weiter erhellend. Die Erkenntnis über Hindernisse in der Vergangenheit könnte auch für heute hilfreich sein, da eine umfassende Inklusion von Menschen mit Behinderung noch lange nicht erreicht ist.

⁴⁰² Vgl. JACHERTZ 1983, Dtsch Arztebl, Heft 18, S. 121.

6 Zusammenfassung

Die Arbeit „Die ‚Meldepflicht für behinderte Kinder‘ im Deutschen Ärzteblatt von 1951 bis 1982“ hat zum Ziel, den Diskurs um die Meldepflicht für Kinder mit Behinderung zu analysieren, wie er im *Deutschen Ärzteblatt* als Sprachrohr des ärztlichen Standes ausgetragen wurde. Dabei soll untersucht werden, ob und wie sich die Argumentation im Verlauf veränderte, welche gesellschaftspolitischen Einflussfaktoren die Debatte berührten und inwiefern Ärzte auch die Gesetzgebung beeinflussten. Es soll auch beantwortet werden, ob das *Deutsche Ärzteblatt* seine Leser neutral informierte.

Kapitel 2 beschreibt die Methodik und das verwendete Quellenmaterial. Datengrundlage für diese Studie waren die Artikel zur Meldepflicht in den Ausgaben der *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. des *Deutschen Ärzteblatts* von 1949 bis 1994. Die Meldepflicht wurde darin von 1951 bis 1982 erwähnt, weshalb die Studie diesen Zeitraum umfasst. Die Berichte zur Meldepflicht wurden für diese Arbeit systematisch analysiert und in Bezug zum zeithistorischen Kontext gesetzt.

Kapitel 3 setzt die Anzahl der publizierten Artikel in Bezug zu gesetzlichen Änderungen und zeigt, dass die Debatte in den Zeiträumen um Gesetzesänderungen herum immer besonders intensiv war. Eine Meldepflicht für Kinder mit Behinderung, die keiner notwendigen Behandlung zugeführt wurden, bestand im Körperbehindertengesetz von 1957. Das Bundessozialhilfegesetz von 1961 formulierte für Ärzte ein Melderecht für diesen Fall. Die 2. Novelle des Bundessozialhilfegesetzes von 1969 verpflichtete zu einer chiffrierten Meldepflicht zu statistischen Zwecken und zur Bedarfsplanung. Rein formal bestand die nichtnamentliche Meldepflicht für Kinder mit Behinderung bis zur Ablösung durch das Sozialgesetzbuch IX im Jahr 2001.

Kapitel 4 widmet sich dem Diskursverlauf in drei Phasen. Dabei ist festzustellen, dass die Argumentationsweise über den gesamten Zeitraum nur wenig modifiziert wurde. Befürworter einer Meldepflicht erhofften sich die Verbesserung der Früherkennung und Rehabilitation von Behinderungen. Zentrales Anliegen

der Ärzteschaft war die Wahrung der Schweigepflicht und des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, weshalb viele Ärzte jede namentliche Meldepflicht ablehnten und für andere Wege auf Basis der Freiwilligkeit und Einsicht plädierten. Nach den öffentlich gewordenen Medizinverbrechen im „Dritten Reich“ waren Ärzte so bemüht, wieder das Vertrauen ihrer Patienten zurückzugewinnen. In der ersten Phase ab 1951 fand eine Diskussion über die Meldepflicht vor allem in der Bundestagsdebatte um das Körperbehindertengesetz 1956 statt, wo auch einige Abgeordnete Ärzte waren. Das *Deutsche Ärzteblatt* hatte eher berichtende Funktion. Der Hauptdiskurs fand Mitte der 1960er Jahre statt. Diese Phase war geprägt von tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und einem allgemeinen politischen Planungsdenken, das auch genaue Statistiken über Menschen mit Behinderung einforderte. In den 1970er Jahren, die die dritte Phase einläuteten, konzentrierte sich die Diskussion auf Verwaltungsvorschriften zur chiffrierten Meldepflicht.

Kapitel 5 folgert, dass Ärzte versuchten, die Gesetzgebung zu beeinflussen und mit ihrem beharrlichen Widerstand dabei auch Erfolg hatten. Trotz der gesetzlichen Grundlage wurde die Meldepflicht für Kinder mit Behinderung nie flächendeckend angewendet. Veränderungen in der Wahrnehmung von Behinderung und stärkere politische Bemühungen waren zu verzeichnen und Verbesserungen für Menschen mit Behinderung schlussendlich auch ohne eine Statistik erreicht worden. Die Arbeit nimmt an, dass ein immer besser funktionierendes System die Forderung nach einer Meldepflicht schrittweise überflüssig machte, sodass auch der Diskurs unter Ärzten in ihrem Publikationsorgan 1982 versiegte. Das *Deutsche Ärzteblatt* fungierte nicht immer als neutrale Plattform einer objektiven Meinungsbildung, sondern förderte durch selektive Berichterstattung vielmehr die Meinung der Bundesärztekammer und versuchte, standespolitische Interessen durchzusetzen.

7 Literaturverzeichnis

Periodika

Ärztliche Mitteilungen

Bundesgesetzblatt

Der Spiegel

Deutsche Medizinische Wochenschrift

Deutscher Bundestag – Berichte

Deutscher Bundestag – Drucksachen

Deutscher Bundestag – Plenarprotokolle

Deutsches Ärzteblatt

Die Zeit

Medizinhistorisches Journal

Artikel aus Ärztliche Mitteilungen

Ohne Autor

O.A. (1951): Aus den Parlamenten: Antrag der Fraktion der SPD- Krüppelfürsorgegesetz. In: *Arztl Mitt*, Heft 13, S. 188.

O.A. (1959): Tätigkeitsbericht der BÄK – Meldepflicht für Ärzte bei Schussverletzungen. In: *Arztl Mitt*, Heft 25, S. 855f.

O.A.(1963): Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages – Meldepflicht für körperbehinderte Kinder?. In: *Arztl Mitt*, Heft 2, S.55.

Mit Autor

STOCKHAUSEN, Josef (1956): Bundestag verabschiedet Körperbehinderten-gesetz. In: *Arztl Mitt*, Heft 36, S. 1014.

Artikel aus Deutsches Ärzteblatt

Ohne Autor

O.A. (1966): Damit befassten sich die Zeitungen: Die Welt: Behinderte Kinder nicht in „Krüppelliste registrieren“ – Frankfurter Allgemeine: Bundesärztekammer gegen Meldepflicht bei behinderten Kindern – Hamburger Abendblatt: Bundesärztekammer ist gegen „Krüppel-Listen“. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 9, S. 550-51.

- O.A. (1966): Blick auf den Bildschirm – Meldepflicht sogar für Eltern. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 35, S. 2014.
- O.A. (1967): In einem Satz – Meldepflicht. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 27, S. 1462.
- O.A. (1968): Aus den Bundesländern – Schleswig-Holstein gegen jegliche Meldepflicht bei Behinderten. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 44, S. 2450.
- O.A. (1968): Meldepflicht ohne Namensnennung. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 45, S. 2532.
- O.A. (1970): Regierung verfälscht Absicht des Gesetzgebers – Bundesärztekammer für praktikables und sinnvolles Verfahren bei der Rehabilitation Behinderter – Bundesregierung will nun doch persönliche Erfassung durch die Hintertür einführen. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 26, S. 2077-78.
- O.A. (1971): Mikrozensus für Kranke und Behinderte. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 2, S. 50-51.
- O.A. (1978): Behinderten-Werkstätten fördern. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 37, S. 2030.
- O.A. (1981): Bundesärztekammer lehnt Meldepflicht für Behinderte weiterhin ab. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 9, S. 384.
- O.A. (1981): Behindertenverbände fordern: Meldepflicht und Integration. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 13, S. 595.
- O.A. (1981): Jahr der Behinderten: Saubere Bilanz mit kleinen Schönheitsfehlern. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 52/53, S. 2472.

Mit Autor

- BÄK (1966): Entschließung –Gegen Meldezwang bei Behinderten. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 23, S. 1527-28.
- BÄK (1966): Tätigkeitsbericht – Meldepflicht für geistig und körperlich Behinderte. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 20, S. 1341-43.
- BÄK (1968): Tätigkeitsbericht – Meldepflicht für geistig und körperlich Behinderte. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 20, S. 1173-77.
- BÄK (1969): Tätigkeitsbericht – Rehabilitation Behinderter und Meldepflicht der Ärzte. In: *Dtsch Arztebl*, Sondernummer/ 21.05.1969, S. 1471-73.
- BÄK (1970): Tätigkeitsbericht – Rehabilitation und Meldepflichten. In: *Dtsch Arztebl*, Sondernummer/ 03.06.1970, S. 1768-69.
- BÄK (1971): Tätigkeitsbericht – Rehabilitation und Meldepflichten. In: *Dtsch Arztebl*, Sondernummer 20a/15.05.1971, S. 1533-35.
- BÄK (1977): Akzente für die Fortbildung im Jahr 1978. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 44, S. 2605-09.

- BACH, Heinz (1975): Früherziehung geistig behinderter und entwicklungsverzögerter Säuglinge und Kleinkinder. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 51, S. 3469-3472.
- BOECK, Dieter (1974): Ärztliche Pflichten gegenüber Behinderten – Erfahrungsbericht der Bundesregierung zum BSHG. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 4, S. 243-44.
- CLADE, Harald (1980): Überflüssiger Meldezwang. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 2, S. 45.
- DÄ (1966): Zwang oder Einsicht-eine Stilfrage der Demokratie – Ärztliche Meldepflicht bei missgebildeten Kindern?. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 3, S. 117-126.
- DÄ (1967): Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages – Ärztliche Meldepflicht bei Behinderten. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 17, S. 937.
- DÄ (1967): Administratoren ins Stammbuch geschrieben – Meldezwang für Behinderte ist kein „technisches Planelement“. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 45, S. 2390-98.
- DÄ (1968): Die Grenzen der Meldepflicht – Keine namentliche Meldung aller Behinderten an das Gesundheitsamt. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 41, S. 2223-24.
- DÄ (1969): Staatliche Vormundschaft über Behinderte – Der Arzt als Aufpasser und Büttel. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 9, S. 572-73.
- DÄ (1973): Generelle Meldepflicht für behinderte Kinder gefordert. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 19, S. 1240-41.
- FROMM, Erich (1966): Für und gegen Meldezwang: Ein „Offener Brief“ und die ihm gebührende Antwort. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 19, S. 1278-81.
- GERST, Thomas (1994): „Nürnberger Ärzteprozeß“ und ärztliche Standespolitik: Der Auftrag der Ärztekammern an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 22/23, S. A-1606 - A-1622.
- GERST, Thomas (1999): Neuanfang und Kontinuität – Gründung des Deutschen Ärzte-Verlags vor 50 Jahren. In: *Dtsch Arztebl*, Beilage zu Heft 21, S. 13-14.
- GRABEN, Anna Maria (1965): Gesundheitsminister in Hameln. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 49, S. 2710.
- GRABEN, Anna Maria (1981): „Ein offenes Herz für behinderte Mitmenschen“. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 7, S. 266-8.
- JACHERTZ, Norbert (1983): Buchbesprechungen – Gesundheitsrecht in der DDR. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 18, S. B-121.
- JACHERTZ, Norbert (1997): 125 Jahre Deutsches Ärzteblatt: Allen Ärzten verpflichtet. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 39, S. A-2445.
- JACHERTZ, Norbert (1999): Zum Geleit. In: *Dtsch Arztebl*, Beilage zu Heft 21, S. 1.

- JACHERTZ, Norbert (1999): Redaktionspolitik: Unser Konzept. In: *Dtsch Arztebl*, Beilage zu Heft 21, S.18.
- LEMPPE, Reinhart (1969): Das behinderte Kind in unserer Gesellschaft. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 18, S. 1257-64.
- MAIER, Erne (1969): Was hat das Land zu organisieren, um behinderten Kindern zu helfen? – Aus dem Innenministerium – Gesundheitsabteilung – des Landes Schleswig-Holstein. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 16, S. 1098-1102.
- MALLINCKRODT, H.v. (1966): Meldepflicht – ein Rückschritt. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 43, S. 2503.
- MEINECKE, Friedrich-Wilhelm (1980): Briefe an die Redaktion – Meldepflicht –Notwendige Erfassung. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 11, S. 702.
- NITSCH, Kurt (1980): Briefe an die Redaktion – Meldepflicht – Hintergrund unklar. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 17, S. 1152.
- OSTERWALD, Gustav (1982): Datenschutz in der ärztlichen Praxis. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 26, S. B-59 – B-61.
- PAESLACK, V. (1966): Für und gegen Meldezwang: Ein „Offener Brief“ und die ihm gebührende Antwort. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 19, S. 1278.
- POMP, Horst (1980): Briefe an die Redaktion – Augenwischerei. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 11, S. 702.
- QUEIBER-LUFT, Annette; SCHLOEFER, Klaus; SCHICKETANZ, Karl-Heinz; SPRANGER, Jürgen (1994): Erfassung angeborender Fehlbildungen bei Neugeborenen: Das Mainzer Modell. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 11, S. 747.
- ROEMER, Ernst (1999): Redaktion und Herausgeber: Vertrauen ist die Basis. In: *Dtsch Arztebl*, Beilage zu Heft 21, S. 30.
- SANDER, Winfried (1967): Leserbriefe – Zwang oder Einsicht – zum Leitartikel in Heft 40/1966. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 6, S. 301.
- SCHMUHL, Hans-Walter (2010): Kinderheilkunde in der NS-Zeit – Sozialsanitäres Großprojekt: Arzt am „Volkskörper“. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 107, S. A-2228.
- SIMON, Peter (1980): Briefe an die Redaktion – Meldepflicht – Mangelhaftes Mitteilungsverfahren. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 20, S. 1343.
- SPRUNKEL, Rüdiger (1999): Erfolgsformel für das Verlagsmarketing – Die richtige Balance zwischen Leser- und Inserentengunst. In: *Dtsch Arztebl*, Beilage zu Heft 21, S. 21.
- STRALAU, Josef (1978): Die Aufgaben des Arztes in den Werkstätten für Behinderte. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 28, S.1647f.
- VILMAR, Karsten und SCHORRE, Winfried (1999): Grußwort: Der gesamten Ärzteschaft verpflichtet. In: *Dtsch Arztebl*, Beilage zu Heft 21, S.4.
- VOGT, G.(1966): Nochmals: Zwang oder Einsicht? Konstruktive Vorschläge statt einer erweiterten Meldepflicht für Behinderte. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 40, S. 2293-2304.

- VOGT, G. (1968): Meldepflicht für Behinderte. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 49, S. 2839.
- VOGT, G. (1969): Kompromiß um Meldepflicht für Behinderte – Pflicht aller Ärzte zu chiffrierten Meldungen an das Gesundheitsamt eingeführt. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 29, S. 2080-81.
- VOGT, G. (1974): Meldepflicht: Alibi statt Verbesserung – Behinderten Kindern wird mit „Melden“ nicht geholfen. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 20, S. 1445-50
- WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT DER BÄK (1993): Erhebung von Fehlbildungen. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 9, S. A-648 – A-652.
70. DEUTSCHER ÄRZTETAG (1967): Entschliebung – Gegen Meldepflicht für Behinderte. In: *Dtsch Arztebl*, Heft 23, S. 1266-67.

Artikel aus Deutsche Medizinische Wochenschrift

- ALBRECHT, HANS (1927): Die Gebrechlichkeit in Deutschland auf Grund erster Ergebnisse der Reichsgebrechlichenzählung von 1925. In: *Dtsch Med Wochenschr*, Heft 43, S. 1829-1830.

Artikel aus Medizinhistorisches Journal

- THOMANN, Klaus-Dieter (1992): Der „Krüppel“: Entstehen und Verschwinden eines Kampfbegriffs. In: *Medizinhist J*, H. 3/4 (Bd. 27), S. 221–271.

Sonstige Literatur

- BECK, Christopf (1992): Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Zwangssterilisation und Vernichtung ‚lebensunwerten Lebens‘. Eine Bibliographie zum Umgang mit behinderten Menschen im ‚Dritten Reich‘ – und heute. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BIESALSKI, Konrad (1909): Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Hamburg, Leipzig: Voss.
- BÖSL, Elsbeth (2009): Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. (Zugl. Diss.). Bielefeld: transcript.
- BÖSL, Elsbeth; KLEIN, Anne; WALDSCHMIDT, Anne (Hrsg.) (2010): Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung. Bielefeld: transcript.
- BUNDESAUSSCHUß FÜR GESUNDHEITLICHE VOLKSBELEHRUNG E.V. (Hrsg.) (1966): Hilfe für das behinderte Kind. Kongressbericht über Fragen der behinderten Kinder 8.-12. Juni 1964 in Köln. Stuttgart: Paracelsus.

- DEDERICH, Markus (2007): Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die disability studies. Bielefeld: transcript.
- DENEKE, J.F. Volrad und SPERBER, Richard E. (1973): 1872-1972 – Einhundert Jahre Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen. Löwenich/Kreis Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- FREI, Norbert (1996): Vergangenheitspolitik. Die Anfänge der Bundesrepublik und die NS-Vergangenheit. München: C.H. Beck.
- FRIEDMANN, Jan und SPÄTER, Jörg (2002): Britische und Deutsche Kollektivschulddebatte. In: HERBERT, Ulrich (Hrsg.): Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1948-1980 (S. 53–90). Göttingen: Wallstein.
- GODAU-SCHÜTTKE, Klaus-Detlev (2010): Die Heyde/Sawade-Affäre. Wie Juristen und Mediziner den NS-Euthanasieprofessor Heyde nach 1945 deckten und straflos blieben. (3. Aufl.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- HERBERT, Ulrich (2002): Liberalisierung als Lernprozeß. Die Bundesrepublik in der deutschen Geschichte – eine Skizze. In: Ulrich HERBERT (Hrsg.): Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1948-1980 (S. 7–49). Göttingen: Wallstein.
- HÜBENER, Kristina (Hrsg.) (2002): Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit. Berlin: be.bra wissenschaft.
- JÄGER, Siegfried (2015): Kritische Diskursanalyse – Eine Einführung. (7. Aufl.). Münster: Unrast.
- JANSEN, Gerd W. (Hrsg.) (1977): Sozialwissenschaftliche Aspekte der Rehabilitation. Ein Überblick über empirische Untersuchungen und theoretische Ansätze. Rheinstetten: Schindele.
- JANSEN, Gerd W. (1981): Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten. Eine psychologische Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen aufgrund empirischer Untersuchungen. (4. Aufl.). Rheinstetten: Schindele.
- JÜTTE, Robert, ECKART, Wolfgang U., SCHMUHL, Hans-Walter, SÜß, Winfried (2011): Medizin und Nationalsozialismus: Bilanz und Perspektiven der Forschung. Göttingen: Wallstein.
- KLEE, Ernst (1974): Behinderten-Report. (4. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer
- KLEE, Ernst (1976): Behinderten-Report II „Wir lassen uns nicht abschieben“. Frankfurt am Main: Fischer.
- KOCH, Uwe; LUCIUS-HOENE, Gabriele; STEGIE, Reiner (Hrsg.) (1988): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- RETZLAFF, Beatrice (2005): Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Spiegel des Deutschen Ärzteblattes von der Gründung der Bundesrepublik bis heute (1949-2005), unv. Diss., Technische Universität München.

- RUCK, Michael (2000): Ein kurzer Sommer der konkreten Utopie – Zur westdeutschen Planungsgeschichte der langen 60er Jahre. In: SCHILDT, Axel ; SIEGFRIED, Detlef; LAMMERS, Karl Christian (Hrsg.): Dynamische Zeiten: die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften (S. 362–401). Hamburg: Hans Christians.
- RUSINEK, Bernd-A. (2000): Von der Entdeckung der NS-Vergangenheit zum generellen Faschismusverdacht - akademische Diskurse in der Bundesrepublik der 60er Jahre. In: Axel SCHILDT (Hrsg.): Dynamische Zeiten: die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften (S. 114–147). Hamburg: Hans Christians.
- SCHEIBE, Moritz (2002): Auf der Suche nach der demokratischen Gesellschaft. In: Ulrich HERBERT (Hrsg.): Wandlungsprozesse in Westdeutschland. Belastung, Integration, Liberalisierung 1948-1980 (S. 245–277). Göttingen: Wallstein.
- SCHLOSSMANN, Arthur (1920): Die öffentliche Krüppelfürsorge – Das Preußische Gesetz vom 6. Mai 1920 nebst den Ausführungsbestimmungen. Berlin: C. Heymanns.
- SEIDLER, Eduard (1988): Historische Elemente des Umgangs mit Behinderung. In: Uwe KOCH, Gabriele LUCIUS-HOENE, Reiner STEGIE (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitationspsychologie (S. 3–19). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- SIEGFRIED, Detlef (2000): Zwischen Aufarbeitung und Schlußstrich. Der Umgang mit der NS-Vergangenheit in den beiden deutschen Staaten 1958 bis 1969. In: Axel SCHILDT (Hrsg.): Dynamische Zeiten: die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften (S. 77–113). Hamburg: Hans Christians.
- WELTI, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat: Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck.

Online-Ressourcen

- BÖSL, Elsbeth (2010): Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland aus Sicht der *Disability History*. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 23/7. Juni, S. 8. Online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/32700/menschen-mit-behinderungen> (zuletzt 11.06.2016).
- THOMANN, Klaus-Dieter (2012): Von der Kriegsbeschädigtenfürsorge zum SGB IX – Anmerkungen zur Geschichte des Rechts für Menschen mit schweren Behinderungen In: Diskussionsforum Rehabilitations- Teilhaberecht der DVfR. Online verfügbar unter: http://www.schwbbv.de/pdf/Geschichte_des_Behinderten_rechts.pdf (zuletzt 28.12.2015).

LOTZE, Rudolf (1999): Von der „Krüppelfürsorge“ zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung – 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. Heidelberg. Online verfügbar unter: http://www.100-jahre-dvfr.de/fileadmin/download/100_Jahre_DVfR/Publikat_90_Jahre_DVfR_komplett_neu_2.pdf (zuletzt 28.12.2015).

Spiegel Online

O.A. (1971): „Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören“ – SPIEGEL-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (V): Behinderte. In: *Der Spiegel*, Nr. 13, S. 46-70. Online verfügbar unter: <http://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/43345583> (zuletzt 11.06.2016).

Die Zeit Online

HEININGER, Heinz (1970): Jedes Kleinkind muss zum Arzt – Vorsorge-Untersuchung in Deutschland wird noch stark vernachlässigt – Falsche Einstellung der Sozialversicherungen. In: *DIE ZEIT*, Nr. 19/8.Mai, S. 67. Online verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/1970/19/jedes-kleinkind-muss-zum-arzt.pdf> (zuletzt 11.06.2016).

REGAU, Thomas (1966): Wider den Übereifer der Medizinal-Bürokraten – Sollen die Eltern gezwungen werden, ihre geistig oder körperlich behinderten Kinder zu melden? In: *DIE ZEIT*, Nr. 14/1. April, S. 67. Online verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/1966/14/wider-den-uebereifer-der-medizinalbuero-kraten.pdf> (zuletzt 11.06.2016).

WILDNER, Kurt (1966): Stiefkinder – oft schweigend übergangen – Zu wenig Schulen für geistig Behinderte – Zu wenig Hilfe für die Eltern. In: *DIE ZEIT*, Nr. 46/11. November, S. 60. Online verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/1966/46/stiefkinder-oft-schweigend-uebergangen.pdf> (zuletzt 11.06.2016).

ZIMMER, Katharina (1971): Wer hilft dem behinderten Kind?. In: *DIE ZEIT*, Nr. 22/28. Mai, S. 57f. Online verfügbar unter: <http://pdf.zeit.de/1971/22/wer-hilft-dem-behinderten-kind.pdf> (zuletzt 11.06.2016).

8 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde im Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Eberhard Karls Universität Tübingen unter Betreuung von Prof. Dr. Dr. U. Wiesing durchgeführt.

Sämtliche Recherchen wurden von mir eigenständig durchgeführt. Ich versichere, das Manuskript selbstständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Korntal-Münchingen, den 20.08.2016

Anhang 1: Überblick über die gesetzliche Entwicklung der Meldepflicht für behinderte Kinder

KBG 1957	BSHG 1961
<u>Eltern</u> : Vorstellungspflicht, das Kind einem Arzt vorzustellen, wenn eine (drohende) Behinderung festgestellt wurde.	<u>Eltern</u> : keine ausdrückliche Vorstellungspflicht
<u>Medizinisches und pädagogisches Personal</u> : Pflicht, die Eltern auf ihre Vorstellungspflicht hinzuweisen. Meldepflicht an das Gesundheitsamt bei Vernachlässigung dieser Aufgabe.	<u>Medizinisches und pädagogisches Personal</u> : Hinweispflicht, dass Eltern ihre Kinder beim Arzt oder Gesundheitsamt vorstellen sollen. Meldepflicht an das Gesundheitsamt, wenn Eltern trotz wiederholter Aufforderung nicht vorstellig werden.
<u>Ärzte</u> : Beratungspflicht, die Sorgeberechtigten über Möglichkeiten und Notwendigkeit einer Behandlung aufzuklären. Verantwortlich für die Aushändigung eines amtlichen Merkblatts über Hilfsmöglichkeiten. Patienten dazu anhalten, unverzüglich eine Beratungsstelle beim Gesundheitsamt aufzusuchen. Bei Einverständnis der Sorgeberechtigten Meldung an das Gesundheitsamt. Meldepflicht von Minderjährigen an das Gesundheitsamt auch ohne Einwilligung der Eltern wenn sie notwendige Behandlung zum Nachteil des Kindes nicht einleiten oder vernachlässigen.	<u>Ärzte</u> : Beratungsaufgabe über Behandlungsmöglichkeiten. Sollen das amtliche Merkblatt aushändigen. Melderecht, auch ohne Einwilligung das Gesundheitsamt zu benachrichtigen, wenn Sorgeberechtigte das Kind keiner geeigneten Behandlung zuführen.
<u>Gesundheitsamt</u> : Führung einer Kartei über durchgeführte Maßnahmen zur wissenschaftlichen Auswertung.	<u>Gesundheitsamt</u> : Kartei soll weiter geführt werden.

2.Novelle BSGH 1969 / Neufassung 1994	SGB IX 2001
<u>Eltern:</u> Vorstellungspflicht wie bei KBG 1957	<u>Eltern:</u> Sollen bei Arzt oder Beratungsstelle zur Information über Möglichkeiten der Teilhabe vorstellig werden („Pflicht der Personensorgeberechtigten“).
<u>Medizinisches Personal und Pädagogen:</u> Meldepflicht an Gesundheitsamt, wenn Eltern der Vorstellungspflicht gegenüber Minderjährigen nicht nachkommen. Volljährige müssen auf Beratungsmöglichkeiten hingewiesen werden und mit ausdrücklichem Einverständnis an das Gesundheitsamt gemeldet werden.	<u>Medizinisches Personal und Pädagogen:</u> Weisen Sorgeberechtigte auf festgestellte Behinderung hin.
<u>Ärzte:</u> Beratungspflicht zu Behandlungsmöglichkeiten und zu beruflichen und gesellschaftlichen Eingliederungsmöglichkeiten (bei entsprechender Qualifikation selbst oder Überweisung an Beratungsstelle). Aushändigung des amtl. Merkblatts. Chiffrierte Meldung aller ihm bekannt werdenden Menschen mit Behinderung zur wissenschaftlichen Auswertung und Bedarfsplanung. Namentliche Meldepflicht für Minderjährige, wenn sie keiner adäquaten Behandlung zugeführt werden. Melderecht, wenn sonstige nichtmedizinische Maßnahmen nicht wahrgenommen werden.	<u>Ärzte:</u> Beraten zu Hilfsmöglichkeiten und verweisen an Beratungsstellen. Keine Meldepflicht und kein amtliches Merkblatt mehr.
<u>Sonstiges:</u> Neue Verwaltungsvorschriften. Informationspflicht der Bevölkerung durch Medien. Berichtspflicht der Bundesregierung über Erfolg eingeleiteter Maßnahmen.	<u>Sonstiges:</u> In den Ländern können Landesärzte im Bereich Rehabilitation bestellt werden. Ihre Aufgabe ist u.a. die Hilfe beim Erstellen von Konzeptionen, Situations- und Bedarfsanalysen und die Unterrichtung der zuständigen Behörden über Art und Ursachen der Behinderungen, notwendige Hilfen und den Erfolg von Leistungen.
<u>Gesundheitsamt:</u> Keine Kartei, dafür Sammlung der von Ärzten eingesandten Meldungen und eigener Unterlagen.	

Anhang 2: Tabellarische Übersicht der bearbeiteten Artikel in den *Ärztlichen Mitteilungen* bzw. im *Deutschen Ärzteblatt* von 1951 bis 1982 in chronologischer Reihenfolge

Artikel, die sich direkt auf die Meldepflicht für behinderte Kinder beziehen, sind fett gedruckt, Artikel zu Behinderung im Allgemeinen kursiv, alle sonstigen zum weiteren Themenkomplex in normaler Schrift.

Da die Autorenangaben der Redaktion heute nicht mehr verfügbar sind, sind die Autoren wie abgedruckt nur mit ihrem Kürzel bzw. „o.A.“ aufgeführt.

Jahr	Autor	Titel	Heft/Datum	Seite/n
1951	Hö	Aus den Parlamenten: Betr. Krüppelfürsorge	ÄM Nr. 8/ 10.03.1951	122
1951	o.A.	Nochmals: Ärztliche Schweigepflicht	ÄM Nr. 10/ 01.04.1951	149
1951	Dr. D. Brück	Karteikarte – Steuerprüfung – Schweigepflicht	ÄM Nr. 11/ 15.04.1951	177
1951	54. Deutscher Ärztetag	Schule der Demokratie	ÄM Nr. 25/ 01.09.1951	299
1951	Dr. Berthold Rodewald	Gesundheitsfürsorge – Was ist sie, und wie begründet sie sich?	ÄM Nr. 28/ 06.10.1951	344
1951	Dr. Koch (Ministerialrat)	Über Sozialisierung des Gesundheitswesens	ÄM Nr. 26/27 15.09.1951	322-324
1951	Md.	Aus den Parlamenten: Antrag der Fraktion der SPD - Krüppelfürsorgegesetz	ÄM Nr. 13/ 01.05.1951	188
1952	Rodewald	Recht des Kranken – Pflicht des Arztes	ÄM Nr. 13/ 05.07.1952	245-246

1953	Dr. med Manfred Mayer	Der Arzt in der öffentlichen Meinung	ÄM Nr. 18/ 19.09.1953	501
1954	Dr. J. Stockhausen	Anwälte gegen Gesetzentwurf über Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung	ÄM NR. 3/ 06.02.1954	66-67
1954	Dr. med. Hans Joachim Sewering	Der öffentliche Gesundheitsdienst und der Arzt in der freien Praxis- Vortrag der Hauptversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	ÄM Nr.14/ 17.07.1954	467- 468
1954	o.A.	Patientengeheimnisse aus Winsen a.d. Luhe	ÄM Nr. 15/ 07.08.1954	507- 509
1954	PD Dr. med. A. Fürmaier	<i>Sind Krüppelsprechtag überflüssig?</i>	ÄM Nr. 21/ 06.11.1954	740
1955	Ministerialrat Dr. Koch	Die Mitarbeit der freipraktizierenden Ärzeschaft in der Gesundheitsfürsorge	ÄM Nr. 1/ 01.01.1955	14-19
1955	Dr. Steinebach (Obermedizi nalrat, Amtsarzt i.R.)	Der öffentliche Gesundheitsdienst seit der Jahrhundertwende - Einflüsse der Fortschritte der Medizin, der Struktur der Bevölkerung, der Kriegsfolgen und politischer Anschauungen	ÄM Nr. 2/ 11.01.1055	42-49
1955	Prof. Dr. K. Lindenmann	Zur Kritik des Entwurfs eines Gesetzes für Körperbehindertenfürsorge	ÄM Nr. 21/ 21.07.1955	616- 618
1955	Dr. Barbara von Renthe- Fink	Schlagwort „Rehabilitation“	ÄM Nr. 35/ 11.12.1955	1037- 1038
1956	Dr. Georg Weisser (Rechtsanwa lt)	Von den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht	ÄM NR. 3/ 21.01.1956	78-81
1956	Dr. Pius Müller	Die personalen Rechte des Kranken als Grundlagen und Grenzen ärztlichen Handelns	ÄM Nr. 4/ 01.02.1956	87-91
1956	Dr. Nienhaus	Aus der Arbeit des Aktionsausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	ÄM Nr. 5/ 11.02.1956	135- 137

		– „Gesundheitsschutz und Gesundheitsfürsorge“		
1956	Prof. Dr. K. Lindemann	Gesundheitsschutz und Gesundheitsfürsorge	ÄM Nr. 10/ 01.04.1956	277- 279
1956	Dr. Stockhausen	Bundestag verabschiedet Körperbehindertengesetz	ÄM Nr.36/ 21.12.1956	1014
1957	ÄM	Bundestag verabschiedet Körperbehindertengesetz- Auszug aus dem Protokoll der mehrstündigen Debatte	ÄM Nr. 2/ 11.01.1957	30-36
1957	Dr. med. J. Stockhausen	Das Körperbehindertengesetz tritt in Kraft – Meldepflicht der Ärzte bereinigt – Gleichstellung der stationären und ambulanten Behandlung	ÄM Nr. 9/ 21.03.1957	247- 250
1957	BÄK	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer – II. Gesundheitsvorsorge und –Fürsorge – Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte (Krüppelfürsorgegesetz)	ÄM Nr. 19/ 01.07.1957	599- 600
1958	AD ka	<i>Körperversehrte im Berufsleben</i>	ÄM Nr. 18/ 3.5.1958	479- 480
1958	o.A.	<i>Die aktuelle Information – Körperbehinderten-Fürsorge</i>	ÄM Nr. 20/ 17.05.1958	S. 526
1958	o.A.	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer: II. Gesundheitsvorsorge und –Fürsorge – Fürsorge für Körperbehinderte	ÄM Nr. 24/ 14.06.1958	S. 668
1958	o.A.	Die aktuelle Information - „Sozialhilfe“ statt Fürsorge	ÄM Nr. 38/ 18.10.1958	1085
1959	o.A.	Tätigkeitsbericht der BÄK - Meldepflicht für Ärzte bei Schussverletzungen	ÄM Nr. 25/ 20.06.1959	855- 856
1960	K. A. Jochheim	<i>Wer hat Anspruch auf Rehabilitationsleistungen?</i>	ÄM Nr. 16/ 16.04.1960	802- 804

1960	o.A.	Bundesozialhilfegesetz in erster Lesung (III) – 1. Einleitung der Maßnahmen – Pflichten der Ärzte	ÄM Nr. 29/ 06.08.1960	S. 1431
1961	Dr. Nienhaus (i.A.)	Arzt und Körperbehindertengesetz - Bekanntmachung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung	ÄM Nr. 1/ 07.01.1961 U nd ÄM Nr. 3/ 21.01.1961	52 172
1962	MK	<i>Die aktuelle Information – Hilfe für missgebildete Kinder</i>	ÄM Nr. 39/ 29.09.1962	1955
1962	tel	<i>Hilfe für Kinder mit Missbildungen</i>	ÄM Nr.41/ 13.10.1962	2082
1963	W.V.	Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages – Meldepflicht für körperbehinderte Kinder?	ÄM Nr. 2/ 12.01.1963	55
1965	o.A.	<i>Fernsehsendung für behinderte Kinder</i>	DÄ Nr. 17/ 24.04.1965	933
1965	Anna-Maria Graben	Gesundheitsminister in Hameln	DÄ Nr. 49/ 04.12.1965	2710
1965	tel	<i>Stiftungen für behinderte Kinder</i>	DÄ Nr. 49/ 04.12.1965	2711
1966	gr	<i>Greifschule für Behinderte</i>	DÄ Nr. 2/ 08.01.1966	62
1966	DÄ	Zwang oder Einsicht – eine Stilfrage der Demokratie Ärztliche Meldepflicht bei missgebildeten Kindern?	DÄ Nr. 3/ 15.01.1966	117- 118 + 126
1966	bt	<i>Angeborene Mißbildungen</i>	DÄ Nr. 4/ 22.01.19.66	
1966	dpa	Damit befassten sich die Zeitungen Die Welt – Behinderte Kinder nicht in „Krüppelliste registrieren“	DÄ Nr.9/ 26.02.1966	550- 551

		Frankfurter Allgemeine – Bundesärztekammer gegen Meldepflicht bei behinderten Kindern Hamburger Abendblatt – Bundesärztekammer ist gegen „Krüppel-Listen“		
1966	gt	<i>Im Rundfunk gehört - Sorgenkinder</i>	DÄ Nr. 14/ 02.04.1966	914
1966	bt	Dr. Ludwig Hamm gegen Meldepflicht	DÄ Nr. 15/ 09.04.1966	973
1966	PD Dr. V. Paeslack Prof.Dr.med. Ernst Fromm	Für und gegen Meldezwang Ein „Offener Brief“ und die ihm gebührende Antwort	DÄ Nr. 19/ 07.05.1966,	1278-1281
1966	BÄK	Meldepflicht für geistig und körperlich Behinderte	DÄ Nr.20/ 14.05.1966	1341-1343
1966	69. Deutscher Ärztetag	Entschließung - Gegen Meldezwang bei Behinderten	DÄ Nr. 23/ 04.06.1966	1527-1528
1966	gt	Blick auf den Bildschirm - Meldepflicht sogar für Eltern	DÄ Nr. 35/ 27.08.1966	2014
1966	GV	Nochmals: Zwang oder Einsicht? Konstruktive Vorschläge statt einer erweiterten Meldepflicht für Behinderte	DÄ Nr. 40/ 01.10.1966	2293-2304
1966	Dr.med. H.v. Mallinckrodt	Meldepflicht – ein Rückschritt	DÄ Nr. 43/ 22.10.1966	2503
1966	Rolf Lehnhardt	<i>Lebenshilfe für Bewegungsversehrte - Ungarn gibt ein Modell für die Lösung</i>	DÄ Nr. 47/ 19.11.1966	2744-2745
1967	Dr.med. Rutz Coburg	<i>Lebenshilfe für Bewegungsversehrte – zu dem Artikel von Rolf Lehnhardt</i>	DÄ Nr. 4/ 28.01.1967	198
1967	Dr.med. Winfried Sander	Leserbriefe - Zwang oder Einsicht – zum Leitartikel in Heft 40/1966	DÄ Nr. 6/ 11.02.1967	301

1967	DÄ	Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages - Ärztliche Meldepflicht bei Behinderten	DÄ Nr. 17/ 29.04.1967	937
1967	o.A.	Meldepflicht für geistig und körperlich Behinderte	DÄ Nr.20/ 20.05.67	1108- 1110
1967	70. Deutscher Ärztetag	Entschließung - Gegen Meldepflicht für Behinderte	DÄ Nr.23/ 10.6.1967	1266- 1267
1967	DÄ	In einem Satz - Meldepflicht	DÄ Nr. 27/ 08.07.1967	1462
1967	DÄ	Administratoren ins Stammbuch geschrieben - Meldezwang für Behinderte ist kein „technisches Planelement“	DÄ Nr. 45/ 11.11.1967	2390 - 2398
1968	gr	Meldepflicht in Hessen?	DÄ Nr. 19/ 11.05.1968	1078
1968	BÄK	Meldepflicht für geistig und körperlich Behinderte	DÄ Nr. 20/ 18.05.1968	1173+ 1176- 1177
1968	bt	Aus den Bundesländern - Gegen Meldepflicht	DÄ Nr. 21/ 25.05.1968	1214
1968	tel	Erst Statistik, dann Hilfe?	DÄ Nr. 26/ 29.06.1968	1480
1968	DÄ	Die Grenzen der Meldepflicht - Keine namentliche Meldung aller Behinderten an das Gesundheitsamt	DÄ Nr. 41/ 12.10.1968	2223- 2224
1968	ler	Aus den Bundesländern - Schleswig-Holstein gegen jegliche Meldepflicht bei Behinderten	DÄ Nr. 44/ 02.11.1968	2450
1968	OR	Meldepflicht ohne Namensnennung	DÄ Nr. 45/ 09.11.1968	2532
1968	GV	Meldepflicht für Behinderte	DÄ Nr. 49/ 07.12.1968	2839

1969	o.A.	Alein im Interesse der Parteien - Ärzteschaft gegen umfassenden Meldezwang bei Behinderten	DÄ Nr. 1/ 04.01.1969	1-2
1969	DÄ	Staatliche Vormundschaft über Behinderte - Der Arzt als Aufpasser und Büttel	DÄ Nr. 9/ 01.03.1969	572 - 573
1969	Hermann Stutte	<i>Zehn Jahre „Lebenshilfe für Behinderte“</i>	DÄ Nr. 9/ 01.03.1969	578+ 580
1969	gt	Pflicht zur Meldung Behinderter?	DÄ Nr.15/ 12.04.1969	1002- 1003
1969	gr	Aus den Bundesländern - Meldung ohne Namensnennung	DÄ Nr.16/ 19.04.1969	1068
1969	DÄ	<i>Minister wirbt für Vorsorgeuntersuchungen</i>	DÄ Nr.16/ 19.04.1969	1068- 1069
1969	Dr.med. Erne Maier	Was hat das Land zu organisieren, um behinderten Kindern zu helfen? - Aus dem Innenministerium – Gesundheitsabteilung – des Landes Schleswig-Holstein	DÄ Nr.16/ 19.04.1969	1098- 1102
1969	Prof. Dr. Reinhart Lempp	Das behinderte Kind in unserer Gesellschaft	DÄ Nr.18/ 03.05.1969	1257- 1264
1969	BÄK	Rehabilitation Behinderter und Meldepflicht der Ärzte	DÄ Sondernr./ 21.05.1969	1471- 1473
1969	GV	Kompromiß um Meldepflicht für Behinderte - Pflicht aller Ärzte zu chiffrierten Meldungen an das Gesundheitsamt eingeführt	DÄ Nr. 29 / 19.07.19.69	2080- 2081
1969	WV	Hilfen für die Kinder - Bundestag regt Koordinierung an	DÄ Nr. 37/ 13.09.1969	2523- 2525
1969	Dr.med. Peter Simon	<i>Der Rollstuhl - Einige Gedanken zur Versorgung von Kranken und Körperbehinderten</i>	DÄ Nr. 41/ 11.10.1969	2829- 2833

1970	gt	Meldepflicht der Ärzte für behinderte Patienten - Bundesärztekammer plädiert für praktikable Lösungen	DÄ Nr. 12/ 21.03.1970	893
1970	DÄ	In einem Satz – <i>Behinderte</i>	DÄ Nr. 15/ 11.04.1970	1125
1970	Ja	<i>Blick auf den Bildschirm -Chancen für behinderte Kinder</i>	DÄ Nr. 15/ 15.04.1970	1130
1970	gr	Meldezettel in Krankenhäusern entfallen	DÄ Nr. 19/ 09.05.1970	1434
1970	BÄK	Tätigkeitsbericht - Rehabilitation und Meldepflichten	DÄ Sondernr./ 03.06.1970	1768- 1769
1970	ler	Regierung verfälscht Absicht des Gesetzgebers -Bundesärztekammer für praktikables und sinnvolles Verfahren bei der Rehabilitation Behinderter - Bundesregierung will nun doch persönliche Erfassung durch die Hintertür einführen	DÄ Nr. 26/ 27.06.1970	2077- 2078
1971	o.Ä.	<i>Bedenken gegen Registrierung psychisch Kranker bleiben bestehen – Nicht alle ärztlichen Einwände gegen Bestimmungen des Bundeszentralregistergesetzes berücksichtigt</i>	DÄ Nr. 2/ 09.01.1971	51
1971	F	<i>Fragestunde des Bundestages – 9,3 Millionen DM für schwerbehinderte Kinder - Gegen die Isolierung Behinderter</i>	DÄ Nr. 18 / 29.04.1971	1330- 1331
1971	BÄK	Tätigkeitsbericht - Rehabilitation und Meldepflichten	DÄ Sondernr. 20a/ 15.05.1971	1533- 1535
1972	bt	<i>Mikrozensus für Kranke und Behinderte</i>	DÄ Nr. 2/ 13.01.1972	50-51
1972	kjf	<i>Zustimmung so gut wie sicher -Eltern stimmen für das „Behindertengesetz“</i>	DÄ Nr. 14 / 6.4.1972	797

1972	Dr.med. Cornelius Volk	<i>Die Behinderten in der Gesellschaft- Erwägungen zum Thema Rehabilitation</i>	DÄ Nr. 15 / 13.04.1972	901- 906
1972	H	<i>Eine Sportsendung besonderer Art</i>	DÄ Nr. 34 / 24.08.1972	2186
1972	gr	<i>Aus den Bundesländern – Rheinland-Pfalz - Im Rollstuhl ins Gesundheitsamt</i>	DÄ Nr. 38 / 21.09.1972	2382
1973	DÄ	Generelle Meldepflicht für behinderte Kinder gefordert	DÄ Nr. 19/ 10.05.1973	1240- 1241
1974	Dieter Boeck	Ärztliche Pflichten gegenüber Behinderten - Erfahrungsbericht der Bundesregierung zum BSHG	DÄ Nr. 4 / 24.01.1974	243- 244
1974	gb	<i>Mehr Heimplätze für behinderte Kinder</i>	DÄ Nr. 13 / 28.03.1974	916
1974	Süddeutsche Zeitung , M.- M. jr.	Meldepflicht – Hilfe für Behinderte?	DÄ Nr. 18/ 02.05.1974	1295
1974	G. Vogt	Meldepflicht: Alibi statt Verbesserung - Behinderten Kindern wird mit „Melden“ nicht geholfen	DÄ Nr. 20/ 16.05.1974	1445- 1450
1974	HC	<i>Behinderte besser integrieren</i>	DÄ Nr. 32/ 08.08.1974	2364
1975	Heinz Bach	<i>Früherziehung geistig behinderter und entwicklungsverzögerter Säuglinge und Kleinkinder</i>	DÄ Nr. 51/ 18.12.1975	3469- 3472
1976	DÄ	<i>Mehr Verständnis für Behinderte</i>	DÄ Nr. 7/ 12.02.1976	390
1976	Dr.med. Rosemarie Klauer	<i>Feuilleton – Wie gegen eine Wand... Das Schicksal eines amen, seit Geburt blinden Kindes</i>	DÄ Nr. 38/ 16.09.1976	2403
1977	o.A.	Rehabilitations-Filmfestival: Meldeschluss 25. März	DÄ Nr. 11/ 17.03.1977	714

1977	BÄK	<i>Akzente für die Fortbildung im Jahr 1978</i>	DÄ Nr. 44/ 03.11.1977	2605- 2609
1978	HC	<i>„Lebenshilfe“ appelliert an die Bevölkerung</i>	DÄ Nr. 2/ 02.01.1978	51
1978	Josef Stralau	<i>Die Aufgaben des Arztes in den Werkstätten für Behinderte</i>	DÄ Nr. 28/ 13.07.1978	1647- 1648
1978	NJ	<i>Behinderten-Werkstätten fördern</i>	DÄ Nr. 37/ 14.09.1978	2030
1978	EB	„Mißgebildete Neugeborene „weitergehend“ registrieren?	DÄ Nr. 48/ 30.11.1978	2877
1979	EB	Bundesregierung gegen erweiterte Meldepflicht	DÄ Nr. 31/ 02.08.1979	1992
1979	WZ	<i>686 Ausbildungsplätze für behinderte Jugendliche</i>	DÄ Nr. 41 / 11.10.1979	2634
1979	Kurt-Gerhard Islar	<i>Auch Behinderte brauchen Öffentlichkeitsarbeit</i>	DÄ Nr. 49/ 06.12.1979	3264- 3265
1980	Dr. Harald Clade	Überflüssiger Meldezwang	DÄ Nr. 2/ 10.01.1980	45-46
1980	Roland Schleiffer	<i>Die ärztliche Führung des geistig Behinderten in Pubertät und Adoleszenz</i>	DÄ Nr. 9/ 28.02.1980	531- 535
1980	Dr. med. Friedrich-Wilhelm Meinecke	Briefe an die Redaktion - Meldepflicht - Notwendige Erfassung	DÄ Nr. 11/ 13.03.1980	702
1980	Dr. med. Horst Pomp	Briefe an die Redaktion - Augenwischerei	DÄ Nr. 11/ 13.03.1980	702
1980	Dr. Harald Clade	Briefe an die Redaktion - Meldepflicht - Stellungnahme	DÄ Nr. 11/ 13.03.1980	702- 703
1980	Prof. Dr. med. Kurt Nitsch	Briefe an die Redaktion - Meldepflicht – Hintergrund unklar	DÄ Nr. 17/ 24.04.1980	1152

1980	Dr. med. Peter Simon	Briefe an die Redaktion - Meldepflicht – Mangelhaftes Mitteilungsverfahren	DÄ Nr. 20/ 15.05.1980	1342- 1343
1980	Gerhard Pflaum	<i>Individuelle Förderung der beruflichen Rehabilitation Behinderter</i>	DÄ Nr. 27/ 03.07.1980	1733- 1735
1980	Dr. med. Friedrich Karl Schwebel	<i>Briefe an die Redaktion – Schwerbeschädigte – Würde des Kranken</i>	DÄ Nr. 28/ 28.07.1980	1779
1980	EB	<i>1981: „Internationales Jahr der Behinderten“</i>	DÄ Nr. 34/ 21.08.1980	2014
1980	EB	<i>Fünf Prozent der Einwohner sind schwer- behindert</i>	DÄ Nr.50/ 11.12.1980	2948
1981	Hä	<i>Jedes zehnte Kind behindert geboren?</i>	DÄ Nr. 4/ 22.01.1981	114
1981	Anna-Maria Graben	<i>„Ein offenes Herz für behinderte Mitmensch- en“</i>	DÄ Nr.7/ 12.02.1981	266- 268
1981	Wolf G. Dorner	<i>Sport bei geistigen und psychischen Behin- derungen</i>	DÄ Nr.7/ 12.02.1981	297- 299
1981	NJ	<i>Die Semantik macht's</i>	DÄ Nr.8/ 09.02.1981	324
1981	EB	Bundesärztekammer lehnt Meldepflicht für Behinderte weiterhin ab	DÄ Nr. 9/ 26.02.1981	384
1981	Mo	Behindertenverbände fordern: Meldepflicht und Integration	DÄ Nr. 13/ 26.03.1981	595
1981	„Zahlenbilder “	<i>Behinderte in der Bundesrepublik Deutschland – Mikrozensus 1976</i>	DÄ Nr.15/ 19.04.1981	707
1981	KW	<i>Behinderte Kinder</i>	DÄ Nr.16/ 16.04.1981	780

1981	HC	<i>Weichen gestellt</i>	DÄ Nr.16/ 16.04.1981	798
1981	EB	<i>Behinderte Kinder sind in der Familie am besten aufgehoben</i>	DÄ Nr.37/ 10.09.1981	1712
1981	ck	<i>Kinder-Rehabilitation: So früh wie möglich und nach außen geöffnet</i>	DÄ Nr.43/ 22.10.1981	2012
1981	NJ	<i>Jahr der Behinderten: Saubere Bilanz mit kleinen Schönheitsfehlern</i>	DÄ Nr.52/53/ 28.12.1981	2472
1982	Heinz Krebs	<i>Normalisierung und Integration Behinderter-Möglichkeiten und Grenzen</i>	DÄ Nr.6/ 12.02.1982	95- 96+ 101- 102
1982	Burkhardt Ulsamer	<i>Effizienz der Vorsorgeuntersuchung bei Säuglingen und Kleinkindern</i>	DÄ Nr. 23/ 13.04.1982	43- 48
1982	RG	<i>Kein Bankgeheimnis für geistig Behinderte?</i>	DÄ Nr.27/ 09.07.1982	.62
1982	Dr. Gustav Osterwald	Datenschutz in der ärztlichen Praxis	DÄ Nr. 26/ 02.07.1982	52-61
1982	Dr. rer. Oec. Hans-Jürgen Maas	<i>...aber die wirklich Behinderten kommen zu kurz</i>	DÄ Nr. 34/ 27.08.1982	9-13
1982	o.A.	<i>Baden-Württemberg - Jeder 14. Bürger im Land ist behindert</i>	DÄ Nr.39/ 01.10.1982	22-23

Danksagung

In erster Linie danke ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Eberhard Karls Universität Tübingen, für die freundliche Übernahme und hervorragende Begleitung meiner Dissertation.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. Henning Tümmers für die ausgezeichnete Betreuung, die wertvollen Anregungen und hilfreichen Korrekturvorschläge, die diese Arbeit entscheidend bereichert haben.

Ich danke von Herzen meinem Mann und meinen Kindern für die vielen Stunden, die sie mich entbehren mussten und freigesetzt haben und meinen Eltern und Schwestern für die tatkräftige Unterstützung. Mein tiefer Dank gilt auch meinen Freunden, die mich immer wieder ermutigt haben, und insbesondere Rebekka Walter für das Korrekturlesen meiner Arbeit.